VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 66)
z dnia 8 marca 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 66)

8 marca 2017 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, **Tomasza Latosa (PiS)** oraz **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępców przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– pierwsze czytanie i rozpatrzenie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1322).

W posiedzeniu udział wzięli: **Konstanty Radziwiłł** minister zdrowia oraz **Piotr Gryza** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Jarosław Wójtowicz** zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej, **Andrzej Jacyna** p.o. prezesa oraz **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Maciej Szustowicz** p.o. wicedyrektora w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Katarzyna Adamek** prezes Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej, **Anna Andrzejak** ekspert Business Centre Club, **Maciej Banach** drektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, **Dobrawa Biadun** ekspert oraz **Maciej Piróg** doradca Konfederacji Lewiatan, **Lucyna Bożek** główny specjalista w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, **Arkadiusz Bratkowski** członek Zarządu Województwa Lubelskiego, **Zdzisław Bujas** oraz **Longina Kaczmarska** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych ze współpracownikiem, **Piotr Ciompa** dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Ojca Pio w Przemyślu, **Jarosław Fedorowski** prezes Polskiej Federacji Szpitali, **Tomasz Gajerski** zastępca dyrektora Centrum Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, **Teodor Goździkiewicz** prezes Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, **Janusz Heitzman** dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ze współpracownikiem, **Marek Jeziorski** przewodniczący Rady Nadzorczej Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" ze współpracownikiem, **Michał Kozik** prawnik w Naczelnej Izbie Lekarskiej, **Ewa Kralkowska** członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, **Leszek Kwaśniewski** dyrektor Szpitala Powiatowego w Mielcu, **Waldemar Malinowski** prezes oraz **Krzysztof Żochowski** wiceprezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, **Julian Mazur** zastępca dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, **Andrzej Mądrala** wiceprezydent Pracodawców RP waz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Marcin Mikos** zastępca dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Ilona Mróz** dyrektor Vital Medic Sp. z o.o., **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność" wraz ze współpracownikami, **Marcin Paternak** prezes Zarządu INTERCARD Sp. z o.o. ze współpracownikami, **Czesław Pływawko** dyrektor Szpitala Śląskiego w Cieszynie, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych ze współpracownikiem, **Mariusz Rosnowski** koordynator do spraw świadczeń zdrowotnych w Katowickim Centrum Onkologii, **Grzegorz Rychwalski** wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Adam Sandauer** prezes honorowy Stowarzyszenia Pacjentów „Primum non nocere", **Bernadeta Skóbel** radca prawny w Dziale Monitoringu Prawnego i Ekspertyz Związku Powiatów Polskich, **Grzegorz Stachacz** public affairs manager Medicover Sp. z o.o., **Małgorzata Syczewska** dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" ze współpracownikiem, **Marcin Ślusarski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, **Zbigniew Tymuła** starosta powiatu mieleckiego, **Anna Wiśniewska** kierownik Biura Organizacji Ochrony Zdrowia w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkow-

skiego Województwa Mazowieckiego, **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Aleksander Żurakowski** prezes Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Robert Durlik**, **Urszula Sęk** oraz **Aleksandra Wolna-Bek** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk nr 1322.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam jego przyjęcie. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Marszałek Sejmu w dniu 24 lutego 2017 r. skierował rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk nr 1322, do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania. Informuję, że do tego projektu są opinie Biura Analiz Sejmowych – prawna i merytoryczna. Zostały one wysłane do państwa posłów oraz są zamieszczone na iPadach poselskich. Bardzo proszę o ciszę.

Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 1322. Proszę ministra zdrowia o zabranie głosu.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze sekunda, panie ministrze. Bardzo państwa proszę o ciszę na sali. Panie posłanki, panowie posłowie i szanowni goście, omawiamy trudny i kontrowersyjny projekt. Będę pilnować dyscypliny na sali. Proszę o ciszę. Przemawia w tej chwili minister zdrowia.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Projekt, jak projekt, nr 1322. Szanowni państwo, mam zaszczyt przedstawić państwu projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do projektu załączone są, zgodnie z zasadami, akty wykonawcze, dwa projekty rozporządzeń. Projekt ten został przyjęty przez Radę Ministrów.

W procesie legislacyjnym wszystkie wymagania były spełnione. Był on zamieszczony najpierw w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, potem w BIP na stronie Rządowego Centrum Informacji. W trybie ustawy o działalności lobbingowej żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem. Projekt podlegał konsultacjom publicznym i opiniowaniu w okresie 30 dni. W wyniku uwzględnienia części zgłoszonych uwag, w projekcie ustawy zostały wprowadzone liczne zmiany. Projekt ten, zgodnie ze wszystkim opiniami, nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie sposobu funkcjonowania Krajowego Systemu Notyfikacji Norm i Aktów Prawnych. W związku z tym mam zaszczyt przedstawić państwu, czego dotyczy.

Punktem wyjścia do opracowania tego projektu ustawy była identyfikacja następującej listy różnego rodzaju dysfunkcji obecnego systemu kontraktowania świadczeń w publicznym systemie służby zdrowia w Polsce. Po pierwsze, niemal nieograniczona możliwość ubiegania się przez podmioty lecznicze o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w konsekwencji zawieranie od wielu lat umów w systemie na podstawie aneksowania umów, a nie postępowań konkursowych, ponieważ zarówno poprzedni rząd, jak i obecny, dostrzegały, że kontraktowanie oparte na konkursach jest po prostu niemożliwe do przeprowadzenia i grozi całkowitą destabilizacją systemu. Oczywiście, aneksowanie umów – co zresztą wynika z jego istoty – jest

pewnego rodzaju protezą, która była stosowana i ratowała nas przed totalnym chaosem w zakresie kontraktowania, gdyby wszystko zacząć poddawać konkursom. Po drugie, problemem są okresowe postępowania konkursowe dotyczące wyodrębnionych zakresów świadczeń oraz ich systemy rozliczeń, które pogłębiają fragmentację procesu udzielania świadczeń. Po kolejne, promowanie przez istniejący model kontraktowania struktury świadczeniodawców w systemie, jak również ich wewnętrznej struktury organizacyjnej na podstawie produktów konkursowych albo rozliczeniowych, konstruowanych przez płatnika świadczeń, a nie na podstawie potrzeb zdrowotnych. Jest to w systemie jakimś absurdem – jak można powiedzieć – bo przecież na potrzebach zdrowotnych powinniśmy opierać to, co kontraktujemy. Kolejny problem, to ciągły stan niepewności po stronie szpitali odnośnie do przyszłych warunków finansowania ich działalności, gdyby jednak doszło do kontraktowania na podstawie konkursu, utrudniający racjonalne inwestycje i długofalową politykę kadrową oraz marnotrawstwo zasobów. Nierzadkie zjawisko, mimo powszechnie panującej biedy.

Następna rzecz, to ograniczona możliwość dokonywania przesunięć środków pomiędzy kwotami kontraktów, która utrudniała racjonalne zarządzanie wielodziałowym szpitalem jako całością, co przyczyniało się, i przyczynia, do powstawania nadwykonań w niektórych zakresach świadczeń z jednej strony, a z drugiej strony, niewykonań w innych zakresach. Kolejny problem, to funkcjonujący model rozliczeń, stwarzający presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej wycenianych, co prowadzi do takich zjawisk, jak, po pierwsze, ograniczanie kosztów własnych przez kierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów – zjawisko przerzucania kosztów, powszechne w obecnym systemie, ale także, proszę państwa, pokusa unikania takich pacjentów. Po drugie, preferowanie hospitalizacji pacjenta w sytuacjach, w których wystarczająca byłaby interwencja, na przykład, na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W związku z tym wszystkim, a także w związku z innymi problemami niewymienionymi tutaj ze względu na szacunek dla państwa czasu, projektowana ustawa wprowadza narzędzia, które eliminują wskazane dysfunkcje.

Po pierwsze, planujemy odejście od zasady nieograniczonego ubiegania się o zawarcie kontraktu na rzecz wyodrębnienia stabilnej sieci świadczeniodawców zabezpieczających podstawową dostępność świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Po drugie, wprowadzenie dla znacznej części świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach sieci, czyli tak zwanego podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, w miejsce rozliczeń na zasadzie „za sztukę" (fifo services) ryczałtowej formy finansowania świadczeń. Po trzecie, finansowanie w ramach jednej umowy sieciowej, obok świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, również świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, a także świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Powinno się to przyczynić, po pierwsze, do lepszej jakości i warunków wykonywania świadczeń, a także dostępności świadczeń wykonywanych w tych szpitalach. Po drugie, do poprawy koordynacji opieki nad pacjentem, która dzisiaj jest zjawiskiem iluzorycznym. Jedynym koordynatorem opieki nad pacjentem jest on sam albo jego często niewydolni opiekunowie. Po trzecie, do bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami na opiekę zdrowotną. I po czwarte, do dostosowania struktury wewnętrznej podmiotów leczniczych do aktualnych potrzeb zdrowotnych.

Projekt ustawy w ramach sieci czy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, wyodrębnia sześć poziomów zabezpieczenia. Trzy poziomy podstawowe: pierwszy, drugi i trzeci. Poziom szpitali onkologicznych, pulmonologicznych, pediatrycznych oraz poziom szpitali ogólnopolskich. Podmioty zakwalifikowane do sieci, w odniesieniu do zakresów świadczeń objętych taką kwalifikacją, będą miały zagwarantowaną możliwość zawarcia umów z NFZ z pominięciem procedury konkursowej.

Rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych na podstawie umów zawieranych w ramach sieci, zgodnie z zasadą, będą odbywać się w formie ryczałtowej. Będzie jednak zachowany system ewidencjonowania działalności szpitala, w szczególności z zastosowaniem systemu jednorodnych grup pacjentów. Wysokość kontraktu

na następny okres rozliczeniowy będzie zależeć od zakresu świadczeń wykonanych i sprawozdanych w danym roku. Podstawowe zasady ustalania wysokości ryczałtu zostały zawarte w projektowanej ustawie, a także w projekcie rozporządzeniu, który jest dołączony. Zgodnie z projektem, o wysokości kwoty ryczałtu decydować będą, po pierwsze, wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu, określona w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej oddziału wojewódzkiego Funduszu. I po drugie, dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, w zakresie, po pierwsze, liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, po drugie, cen udzielonych świadczeń, po trzecie, parametrów jakościowych, związanych z procesem udzielania tych świadczeń. Warto zauważyć, że tych parametrów jakościowych jeszcze nie ma dużo. Planujemy w niedługim czasie przedstawić państwu także ustawę, która będzie rozwijać ten temat. Będzie to projekt ustawy o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W kwocie ryczałtu zostaną wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które – ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń – wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz takich świadczeń wymagających wyodrębnienia przeznaczonych na nie kwot finansowania, zostanie określony w drodze rozporządzenia ministra zdrowia, którego projekt został załączony. Już dziś mogę powiedzieć, że ten projekt będzie modyfikowany. Z całą pewnością mogę dzisiaj zapowiedzieć, że oprócz wymienionych już dzisiaj świadczeń znajdą się w nim takie świadczenia jak nowoczesne sposoby diagnostyczne obrazowania (medycyna nuklearna, PET, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa) świadczenia z zakresu transplantologii, a także świadczenia z zakresu wszczepiania implantów ślimakowych. To oprócz tych, które są już wymienione.

W drodze rozporządzeń ministra zdrowia, określone będą szczegółowe zasady ustalania ryczałtu, w tym odrębnie na pierwszy okres funkcjonowania podstawowego systemu zabezpieczenia. Kryteria kwalifikacji do sieci zostały określone w projektowanej ustawie, a częściowo będą doprecyzowane na poziomie projektowanego rozporządzenia wykonawczego, którego projekt państwo mają.

Podstawowymi kryteriami określonymi w ustawie są, po pierwsze, posiadanie w dniu kwalifikacji do sieci umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązującej przez co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe, dotyczącej udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, czyli w tak zwanym trybie ostrym. Po drugie, udzielanie świadczeń w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej dwa lata kalendarzowe; to wymaganie obowiązuje w stosunku do poziomów 1–3 i pediatrycznego. Po trzecie, udzielanie świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej dwa lata kalendarzowe; to wymaganie odnosi się do poziomu drugiego i trzeciego. I po czwarte, udzielanie świadczeń w ramach minimalnej liczby profili określonych dla danego, konkretnego poziomu sieciowego. Na podstawie tych kryteriów, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ sporządzą wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do sieci. Pierwsze wykazy wojewódzkie powinny być ogłoszone do dnia 27 czerwca, a w przypadku podmiotów powstałych w wyniku połączenia podmiotów, do 26 września br. Natomiast, początkiem ich obowiązywania będzie dzień 1 października 2017 r.

Projekt ustawy ponadto przewiduje, że w przypadku szpitali szczególnie istotnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu oraz zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo niespełniania przez nie wszystkich kryteriów kwalifikacji, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia, będzie mógł wskazać taki szpital do sieci. Należy podkreślić, że o ile sieć, podstawowe szpitalne zabezpieczenie, stanowić ma dominującą formę zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w szpitalach w trybie ostrym, o tyle w żadnym razie nie oznacza to całkowitego zastąpienia przez ten system obecnego modelu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadzie konkursów ofert lub rokowań, który również zostanie zachowany. W związku z tym niezakwalifikowanie

danego szpitala do sieci absolutnie nie oznacza, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Pomijając już kwestię wskazania szpitala w wyjątkowych sytuacjach, dyrektor danego oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie w dalszym ciągu w takich sytuacjach ogłaszać postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając zidentyfikowane potrzeby zdrowotne na danym obszarze, na podstawie sporządzonego planu zakupu świadczeń.

Wprowadzenie systemu kontraktowania i zabezpieczenia świadczeń szpitalnych, zgodnie ze wskazanymi powyżej zasadami, powinno przyczynić się do poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz – co należy uznać za najważniejszy cel zmian, które proponujemy – zapewnienia pacjentom dostępu do wysokiej jakości kompleksowej opieki zdrowotnej. Szanowni państwo, dziękuję bardzo za uwagę i proszę o przyjęcie projektu ustawy. Dziękuje bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Już oddaję głos dyskutantom – posłom i gościom. Chciałbym także państwa poinformować, że mamy opinię Biura Analiz Sejmowych dotyczącą projektu tej ustawy, która w kilku punktach opisuje tę ustawę. Z prac BAS wynika, że… Nie będę cytować całości, bo to jest niepotrzebne, państwo mają ten dokument. BAS zwraca uwagę na kilka rzeczy, a mianowicie, że ta ustawa nie jest poparta szczegółową analizą jej skutków i że nie daje praktycznie możliwości dostosowania się do warunków wprowadzonych niniejszym projektem. BAS mówi także o tym, że wyraźny jest w tym przypadku brak instrumentów, które mogą korygować działania szpitali. Jest także stwierdzenie, że gwarancja zawarcia umowy ze szpitalem nie jest tożsama z zagwarantowaniem odpowiedniego poziomu finansowania. Brak jest skutków wprowadzenia tej ustawy. Brak jest instrumentów oddziaływania na świadczeniodawców przez NFZ. To jest opinia BAS dotycząca tego projektu ustawy.

Oddając państwu głos, chciałbym także wyrazić jedno zdanie komentarza na początek, a właściwie skierować zapytanie do pana ministra, bo wprowadzają państwo niejako poza limitem – tak to najprościej ujmę – bardzo ważne dziedziny systemu ochrony zdrowia, jak onkologia, porody, transplantologia. Prosiłbym pana ministra, żeby pan wyjaśnił (kiedy sektorowo jest to nielimitowane, to jest oczywiste, że tak powinno być) jak w tym spisie dużych dziedzin medycznych znalazła się jedna bardzo wąska procedura medyczna, jaką są implanty ślimakowe. Kto i na podstawie jakich analiz podjął decyzję, że akurat implanty ślimakowe będą finansowane w sposób nielimitowany? To wydaje mi się bardzo dziwne, dlatego że niespotykane jest w przepisach ustawy, aby opisywać precyzyjnie jedną procedurę, która będzie wyprowadzona ponad limit. To moje pierwsze pytanie do pana ministra, z wielu innych, które dzisiaj będę chciał zadać.

Oddaję głos posłom. Pan poseł Latos. Potem pani poseł Małecka-Libera.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Powiem na początek, odnosząc się do tego, co powiedział pan przewodniczący – również zastrzegając sobie, że na razie zadam część pytań i później ponownie będę chciał zabrać głos – że chyba pan przewodniczący nie ma aktualnych danych, jeżeli chodzi o tę procedurę. Stąd wynika niepotrzebny niepokój, który – jak rozumiem – nie ma nic wspólnego z ewentualnymi kontaktami z takimi czy innymi świadczeniodawcami. Myślę jednak, że w tym zakresie uspokoi pana przewodniczącego pan minister.

Natomiast, odnośnie do ustawy i do tego, co powiedział pan przewodniczący odnośnie do opinii BAS, najpierw o samej ustawie. Szanowni państwo, oczywiście nie ulega wątpliwości, że jest to trudna ustawa. Tak, jest to ustawa trudna i skomplikowana. Każda trudna i skomplikowana ustawa niesie w sobie potencjalne zagrożenia. Ja nie chcę przypominać tego, co działo się przy okazji wprowadzania ustawy o działalności leczniczej i tych kuriozalnych niedopatrzeń, jakie tam były, mówiących o tym, że hospicja nie mogły być w żaden sposób wspomagane z zewnątrz, przez darczyńców, że były z tego wyłączone podmioty kościelne, chociażby prowadzące te hospicja. Były poważne niedoróbki i państwo dość długo trwali w uporze mówiąc, że wszystko jest dobrze. Później

zdecydowaliście się na poprawkę, i całe szczęście. Deklaruję, a myślę, że pan minister później to powtórzy, że jeżeli będzie potrzeba jakiejś korekty, bo w trakcie prac okaże się, że coś trzeba jeszcze doprecyzować i dopowiedzieć na poziomie ustawy, czy na poziomie rozporządzenia, to z pewnością ten rząd nie będzie czekać pół roku czy rok, żeby podjąć w tej sprawie decyzję. To jest pierwsza sprawa.

Natomiast odnośnie do samej ustawy, szanowni państwo, myślę, że wiele osób na tej sali, nie tylko wśród posłów, ale i wśród zaproszonych gości, działa w systemie ochrony zdrowia od wielu lat. I oczywiście wiele osób wie, że dyskusja na temat sieci szpitali powracała niemal każdego roku. Wreszcie państwo doskonale wiedzą, że od początku, kiedy powstały kasy chorych, było kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Oczywiście, z tym kontraktowaniem wiązała się pewna niewiadoma i był niepokój ze strony świadczeniodawców, co będzie przy kolejnym podejściu do kontraktowania, z wyjątkiem trzech ostatnich lat, kiedy było aneksowanie umów.

Nie można w nieskończoność aneksować. Oczywiście, w pewnych przypadkach jeszcze przez jakiś czas można, ale kiedyś wybije godzina zero, kiedy trzeba będzie powiedzieć sobie jasno: nie można aneksować, trzeba kontraktować, prowadzić otwarty konkurs ze wszystkimi zagrożeniami, których świadomość ma pewnie i pan przewodniczący, i każda osoba, która zajmowała się bliżej, bardziej szczegółowo, problemami ochrony zdrowia. Chociażby, oprócz wszelkich innych spraw, pojawiają się takie elementy, że podmioty, nawet kilkułóżkowe (a takich w Polsce jest kilkadziesiąt, a wszystkie razem mają wielkość jednego szpitala powiatowego) mogą sobie pozwolić na to, że koncentrują się na wybranym elemencie sytemu, proponując w jakimś sensie cenę dużo niższą od szpitala ważnego z punktu widzenia rozwiązań systemowym w ochronie zdrowia. Takie są fakty, wszyscy o tym wiemy. Co się stanie po wprowadzeniu tej ustawy? Oczywiście, te podmioty, również te kilkułóżkowe, w dalszym ciągu będą mogły przystąpić do procedury konkursowej na tej samej zasadzie, na jakiej do tej pory przez lata do procedur konkursowych przystępowały.

Przy okazji odniosę się do dość zaskakującego stwierdzenia we wniosku trzecim BAS. Takie opracowanie przygotował ekspert znany mi od wielu lat. Jeżeli w trzecim punkcie jest napisane, że ta ustawa nie przewiduje, ile podmiotów może nie otrzymać kontraktu, to powiem – z całym szacunkiem dla eksperta, który wielokrotnie na nasze potrzeby się wypowiadał – że ryzyko jest takie samo, jak w przypadku kontraktowania. Przyjmując, że nie ma sieci szpitali i jest pełne kontraktowanie, ten punkt byłby tak samo zasadny, że nie można przed kontraktowaniem przewidzieć, kto na tym kontraktowaniu zyska lub straci.

My, przy okazji sieci szpitali, uzyskujemy coś innego. Stwarzamy pewne gwarancje dla podmiotów ważnych dla systemu. Oczywiście, dla tych, które posiadają izbę przyjęć, SOR. Jednak, nie tylko tych, szanowni państwo, bo jest tutaj możliwość wpisania wielu innych podmiotów, które są ważne z punktu widzenia systemu. I od razu dopowiem, nie tylko publiczne, ale również niepubliczne. Nikt takiego rozróżnienia nie wprowadza.

Czy w związku z tym są jakieś zagrożenia, jak w każdej nowej ustawie? Są różnego rodzaju zagrożenia, ale na pewno niepolegające na tym, że ktoś upadnie i my to teraz przewidujemy. Nie na tym ten problem polega, szanowni państwo. W związku z tym prosiłbym o doprecyzowanie pewnych spraw ze strony pana ministra, wyjaśnienie tych wątpliwości, które zgłaszał pan przewodniczący. I jeszcze raz deklaruję, że będziemy otwarci na wszystkie problemy, które w trakcie prac nad tą ustawą się pojawią. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Małecka-Libera, bardzo proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, Wysoka Komisjo, dla mnie ten projekt ustawy jest rodem z głębokiego socjalizmu. Ja wiem, że moje poglądy na temat systemu opieki zdrowotnej różnią się diametralnie od poglądów pana ministra. Myślę, że ten projekt, tak naprawdę, zostanie oceniony przez pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Mam dwa konkretne pytania i chciałabym bardzo prosić, żeby pan minister do tego się ustosunkował. Wiele pan tu mówi o dobrej opiece nad pacjentem, o tym, że trzeba gwarantować dobry dostęp itd., ale równocześnie ten projekt wyklucza jakość usług i efektywność wykonywanych procedur. Jest to więc dla mnie absolutne zaprzeczenie. Panie ministrze, nie ma innej możliwości niż efektywne wykonywanie usług medycznych.

Wspomniał pan, że przygotowujecie ustawę o jakości, ale ona jest w powijakach, natomiast ten projekt jest odwróceniem całego system, bo zaczynają państwo od ryczałtowania, odejścia od konkursów, przyznawania pieniędzy na cztery lata i jeszcze do tego wszystkiego, od dzielenia systemu opieki zdrowotnej na te szpitale, które będą mieć gwarantowane pieniądze i te, które cały czas będą musiały starać się o te pieniądze w ramach konkursu, z doskoku.

Druga rzecz, związana z efektywnością, to szpitale monospecjalistyczne, które tak naprawdę „wylatują" poza system. Nie mówią więc państwo absolutnie o jakości usług jako o podstawowym narzędziu. Jakość ma być właśnie przeciwstawieniem marnotrawieniu pieniędzy, a ten projekt z pewnością będzie powodować to, że szpitale nie będą motywowane do tego, żeby jakość usług podnosić. Moje pierwsze pytanie jest więc takie, dlaczego państwo zaczynają prace od końca. Dlaczego nie zaczęliście od jakości usług? Ja zdaję sobie sprawę z tego, że jest to długa droga, ale krok po kroku doszlibyśmy do rzetelnego konsensu.

I następna rzecz. Mam nadzieję, że pan minister to wie, bo ostatnio zaczął przychodzić na kongresy zdrowia publicznego. Panie ministrze, są dwa wyzwania dotyczące zdrowotności naszego społeczeństwa: epidemiologia i demografia. Z epidemiologii jasno wynika, nikt tego nie może podważyć, że największym zabójcą są choroby układu krążenia. Tak naprawdę, to jest jedyna specjalizacja, która znajduje się poza szpitalami, bo w systemie sieci znalazła się nawet pulmonologia, natomiast kardiologia, niestety, nie. Poza tym wiemy, że większość tych szpitali to szpitale monospecjalistyczne, w dodatku, w większości prywatne. Mam więc konkretne pytanie, panie ministrze. Jaka populacja pacjentów kardiologicznych – liczbowo lub procentowo – jest teraz objęta opieką przez prywatne, monospecjalistyczne jednostki kardiologiczne? To jest moje pierwsze pytanie.

A drugie, to demografia. Wyzwaniem jest opieka nad osobami starszymi. Rozpoczęliśmy prace nad geriatrią. Teraz okazuje się, że szpitale geriatryczne również znajdują się poza systemem. Chciałabym się dowiedzieć, panie ministrze, dlaczego nie znalazła tutaj należytego miejsca ta cała ocena geriatryczna, znana przede wszystkim z badań nad osobami starszymi, które są najbardziej efektywne i uznane przez ekspertów i przez cały świat naukowy. Jeżeli więc podchodzimy do tego tematu w ten sposób, że do sieci wkładamy szpitale publiczne, powiatowe i różne inne, które nie są najważniejsze z punktu widzenia epidemiologii, to dlaczego państwo robią właśnie taką „zwrotkę" i wkładają te szpitale, które są mniej ważne.

I na zakończenie mam jeszcze jedno pytanie. Chciałabym, żeby pan minister dokładnie powiedział, co będzie z opieką dla osób starszych, jeżeli geriatria będzie w całości poza systemem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. W kolejności pan poseł Kosiniak-Kamysz.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, najpierw kilka pytań ogólnych, a później szczegółowe.

Po pierwsze, zgadzam się z panem przewodniczącym na temat analizy opinii Biura Analiz Sejmowych, że jest druzgocąca dla tego projektu. Niewątpliwie, ciężko znaleźć jedno dobre stwierdzenie zarówno w analizie prawnej, jak i merytorycznej.

Dzisiaj wszyscy marzą o tym, żeby znaleźć się w sieci szpitali. Jak pokazują dane – i to jest pierwsze pytanie: Czy jest to prawdą, że w województwie śląskim 72 placówki znajdą się poza siecią, a tylko 69 znajdzie się w sieci. To jest konkretne pytanie, bo takie informacje medialne się pojawiły.

Ci, którzy marzą, żeby znaleźć się w sieci, też nie będą mieć gwarancji, o których mówił pan poseł Latos, że będą mieć finansowanie na wszystkie swoje oddziały. To doty-

czy szczególnie szpitali powiatowych i szpitali pierwszego stopnia. Wątpliwości w tej sprawie mają nie tylko politycy opozycji i eksperci. Zgodnie z wystąpieniami w ramach konsultacji, na przykład powiatowe struktury PiS w Makowie Mazowieckim martwią się o swoje 11 oddziałów. Według ustawy, mają być zakwalifikowane do pierwszego stopnia, a tylko cztery oddziały będą finansowane w ramach ryczałtu. Jeżeli powiatowe struktury PiS mają wątpliwości, to trudno, żeby inni politycy tych wątpliwości nie mieli. Co z takimi oddziałami, które nie będą finansowane? Odpowiedź w konsultacjach na 325 wniosków powtarza się jedna: mogą wystartować w konkursie. Przecież, kiedy wszyscy wystartują w konkursie o te 9%, nawet tylko z tych podmiotów, które napisały uwagi do projektu ustawy, to dostaną w tym konkursie tylko po 3 zł i nie utrzymają swoich oddziałów. To kompletnie niczego się nie trzyma.

Co z personelem medycznym, panie ministrze? To jest kolejne pytanie stawiane w trakcie konsultacji, na przykład, przez NSZZ „Solidarność". Czy przygotowywany jest program osłonowy dla lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i rehabilitantów ze zlikwidowanych szpitali i oddziałów? To mogą być tysiące, jeśli nie dziesiątki tysięcy osób. Czy podjął pan współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w celu zorganizowania pomocy osłonowej dla zwalnianych pracowników? Czy jest przygotowany pakiet osłon dla lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów? Szpitale prywatne, które nie znajdą się w sieci, realizują też naukę zawodu. Co z tymi młodymi lekarzami i pielęgniarkami, których szpitale nie będą funkcjonować, bo nie wygrają w konkursie ani nie znajdą się w sieci? Co z inwestycjami poczynionymi przez ostatnie lata, głównie przez samorządy, najczęściej w oddziały, które też nie znajdą się w sieci i nie wygrają w konkursach? Co z trwałością projektów europejskich i ich utrzymaniem?

Jak się ma do tej ustawy zasada trwałości prawa i jak się ma zasada niedziałania prawa wstecz? Pan poseł Latos wspominał związki wyznaniowe, które mogły czuć się pokrzywdzone w poprzedniej ustawie. Na przykład, Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie nie prowadzi izby przyjęć od dwóch lat (nie miał zakontraktowanej izby przyjęć) i nie będzie mógł znaleźć się w sieci. Zatem poważny szpital prowadzony przez zakon katolicki zostanie wyeliminowany. To są pierwsze wątpliwości. Teraz trochę spraw szczegółowych.

Jeśli chodzi o definicję poradni przyszpitalnej, czy ten zapis nie jest sztuczny, że musi znajdować się w tej samej dzielnicy, w której znajduje się szpital. Często w dużych miastach budynek przychodni, który należy do szpitala, znajduje się po drugiej stronie ulicy i może być w innej dzielnicy. Czy nie wystarczy, żeby był wpisany do rejestru wojewody?

Co z ortopedią, neurologią i rehabilitacją w szpitalach powiatowych, a również z geriatrią, z wielkim trudem tworzoną w wielu jednostkach? Co z oddziałami intensywnej opieki medycznej w pierwszym stopniu i oddziałami udarowymi i rehabilitacji neurologicznej w drugim stopniu? Jak filozofia tej ustawy ma się do trendu panującego nie tylko w Europie, ale również w Stanach Zjednoczonych, chirurgii jednego dnia, do filozofii skracania pobytów, udzielania świadczeń możliwie najszybciej i wyrywania pacjenta na jak najkrócej z jego środowiska naturalnego? Co z tymi wszystkimi podmiotami, które podjęły ogromne inwestycje? Mówię o szpitalach samorządowych, bo nimi, z racji tego, że to powiaty i województwa są organami założycielskimi, interesujemy się najbardziej. Co z tymi oddziałami, na które wyłożono naprawdę wiele pieniędzy, a które nie znajdą się w sieci szpitali i nie wygrają w konkursie?

Czy nie rozważał pan minister możliwości przeprowadzenia pilotażu, na przykład, w województwie podkarpackim? Tam rządzi PiS na poziomie sejmiku. Naprawdę nie można snuć żadnych domysłów, że ktoś będzie rzucać kłody pod nogi. Moglibyście zrobić tam pilotaż. Na dzisiaj ta ustawa sprowadza się do karczowania szpitali w Polsce. Są już wykarczowane lasy, a teraz mogą zostać wykarczowane szpitale i oddziały…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o ciszę na sali. Proszę nie dyskutować z przemawiającym. Każdy może zabrać głos. Bardzo proszę o ciszę.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Naprawdę można było zrobić poważną reformę. Powiem szczerze, iż miałem nadzieję, że pan minister podejmie się takiego działania, zaproszenia do ministerstwa różnych środowisk politycznych i sformułowania zmiany, która będzie akceptowana na lata i dekady. Problemem naszym w różnego rodzaju reformach jest bowiem nie tylko to, że one są ciągle zmieniane, ale to, że tryb ich wprowadzania – i nie mówię tylko o tych dwóch latach waszych rządów – nie jest objęty szerszymi konsultacjami. Myślę, że była szansa na stworzenie zmian, które by wychodziły naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, skracałyby kolejki, ale w dialogu i konsensie z samorządowcami, z tymi, którzy nadzorują i zarządzają służbą zdrowia. Ten czas chyba został zmarnowany.

Pozytywie mogę się wypowiedzieć o czteroletnim kontraktowaniu, bo to daje stabilność, choć wiele osób zwracało uwagę na to, że 4 lata to zbyt krótki okres, że powinien on być, na przykład, dziesięcioletni. Warto więc to rozważyć. Powstaje jednak pytanie, ile nad tą ustawą będziemy w Sejmie pracować. Czy będzie powołana podkomisja, na posiedzeniu której będzie można przynajmniej zabrać głos i szeroko omówić projekt? Czy czas wprowadzania tej zmiany daje szansę placówkom na przystosowanie się? Czy termin 1 października jest w ogóle osiągalny?

Pytań w tej sprawie jest naprawdę bardzo dużo. Są wątpliwości ze strony środowiska medycznego, jak i wszystkich tych, którzy zajmują się polityką zdrowotną, również w środowisku rządowym. Bardzo rzadko zdarza się, żeby wicepremier rządu zgłaszał zdanie odrębne. Raczej to dotyczy spraw światopoglądowych, a nie merytorycznych. Tu mieliśmy do czynienia z sytuacją, kiedy wicepremier rządu, minister nauki i szkolnictwa wyższego zgłosił formalne zdanie odrębne na posiedzeniu rządu. On ma nie tylko wątpliwości medialne, ale – moim zdaniem – ma uzasadnione wątpliwości dotyczące projektu. Trudno jest, panie ministrze, przekonywać opozycję i opinię publiczną, jeśli w trakcie konsultacji nie przekonało się własnego wicepremiera ze środowiska politycznego… Przecież to nie jest inna partia. To jest ta sama formacja polityczna. Ten sam klub parlamentarny jest klubem pana ministra i pana premiera Gowina. Wiem, że trwają rozmowy. Jeśliby mógł pan poinformować, jakie są zmiany w projekcie wynikające z rozmów z panem premierem Gowinem, to będziemy zobowiązani. Pewnie gdyby pan przekonał pana posła Sośnierza, to nasze nastawienie jako klubu parlamentarnego też by mogło ulec zmianie, ale po tych wypowiedziach publicznych na razie nie widzę takiej przestrzeni. My proponujemy prawdziwy okrągły stół do spraw służby zdrowia. Pan minister powinien być organizatorem takiego spotkania, żeby wprowadzić jakiekolwiek zmiany, które będą mogły funkcjonować na trwałe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani premier Kopacz, bardzo proszę.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, ja odwołam się do słów, które pan wygłosił w TVN24, i zacytuję, że jeśli szpital wykona mniej świadczeń niż zaplanowano, wówczas jego wynagrodzenie zostanie pomniejszone, a jeśli będzie pracował bardziej intensywnie, będzie powiększone. Pytam więc, który z matematyków układał panu wzór, według którego będzie pan ten ryczałt obliczać.

Pochyliłam się nad tym wzorem. Okazuje się, że zwiększenie liczby świadczeń, według tego wzoru, będzie karane. Mówiąc krótko, jeśli szpital wykona 10% nadwykonań, to straci 4,5% swojego ryczałtu. Jeśli wykona powyżej 20% nadwykonań, to straci 10%. Byłoby to jednak mniej ciekawe, gdyby nie to, że obniżając liczbę świadczeń o 20% zyska ryczałtu o 5,55% więcej. Czyli, to jest zachęta do tego, żeby nie udzielać więcej świadczeń, a wręcz je ograniczać. Mam pytanie, jak pan do tego podchodzi i jak to pan wytłumaczy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Ruciński.

Poseł Marek Ruciński (N):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, chciałbym się odnieść do połowy z tych warunków, od których pan zaczął, panie ministrze. Mianowicie, zacznę od nieograniczonego dostępu świadczeniodawców.

Cóż w tym złego, że do tej pory ten dostęp był nieograniczony? Przecież to właśnie konkursy i nawet aneksy mogły na zasadzie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przeproszę na sekundę. Drodzy państwo, proszę o ciszę na sali. Tematy inne niż sieć szpitali nie będą poruszane w czasie tego posiedzenia. Bardzo proszę wszystkich o ciszę. Proszę.

Poseł Marek Ruciński (N):

Przecież to właśnie konkursy i również aneksy (aneks to nie tylko prolongata, bo to są również negocjacje) mogły ten nagminny dostęp ograniczać. Również niepewność szpitali wydaje mi się dość dziwnym warunkiem. Przecież ta niepewność szpitali była przede wszystkim w tych miejscach, gdzie zarządzanie szpitalami było złe. Niepewność polegała przede wszystkim na tym, że pieniędzy było za mało. Jednak tam, gdzie szpital był zarządzany prawidłowo, to prawidłowo kończył rok obliczeniowy. Brak możliwości przesunięć, o których pan mówił, panie ministrze. Czy trzeba wprowadzać aż tak radykalną reformę? Czy nie wystarczy po prostu znieść ten warunek i pozostawić możliwość przesunięć?

I czwarty punkt z tych ośmiu, o których pan mówił – wybieranie rodzynek, czyli wisienki na torcie. Przecież, jeżeli dyrektor czy zarządzający szpitalem widzieli, jak karkołomnie i nierzeczywiście pod względem ekonomicznym te procedury są wycenione, to brał te procedury, które są prawidłowo wycenione. W związku z tym powinna być zmodyfikowana tylko praca Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

A teraz dwa konkretne pytania dotyczące ryczałtu. Jak będzie obliczany ten ryczałt? Rozumiem, że są pewne wzory i algorytmy, ale wynika z tego, że i tak z każdym zakwalifikowanym do sieci szpitalem trzeba będzie przeprowadzić indywidualne rozmowy. Przecież specyfika profili kryteriów kwalifikacyjnych będzie różna. Czy nie uważa pan minister, że czas, który państwo wyznaczyli, jest stanowczo za krótki?

I ostatnie pytanie dotyczące trzeciego poziomu w tym systemie. Mianowicie, na tym trzecim poziomie, jeśli dobrze policzyłem, jest aż 14 profili pediatrycznych. Patrząc na strukturę dużych szpitali wojewódzkich wielospecjalistycznych widać, że jest wiele takich, które oddziałów pediatrycznych nie posiadają. Sam reprezentuję szpital wojewódzki w Poznaniu, szpital z tradycjami, który nie ma ani jednego oddziału pediatrycznego, ale ma transplantologię, kardiologię inwazyjną, stację dializ, oddział udarowy. Mimo to, według tego wzoru i kryteriów, które państwo proponują, spadnie na drugi poziom. Czy nie okaże się, że trzeci poziom stanie się po prostu martwy? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Kołodziej.

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Odnośnie do projektu ustawy dość obszernie wypowiadałam się dwa tygodnie temu, nie chcę więc się powtarzać, natomiast wszystkie uwagi podtrzymuję. Chciałabym przejść do poruszenia równie ważnych spraw. Mianowicie, dlaczego państwo różnicują szpitale ze względu na to, czy posiadają izbę przyjęć lub SOR przez ostatnie dwa lata. Czy inny szpital nie jest wartościowy dla systemu? Zacytuję tu pana przewodniczącego Latosa, który przed chwilą powiedział, że szpital ważny dla systemu znajdzie się w sieci szpitali. To znaczy, że ten, który nie posiada dwuletniego kontraktu na SOR lub „ostrą" izbę przyjęć, nie jest wartościowy dla systemu. Chcę zwrócić uwagę na to, że takich placówek w Polsce jest bardzo dużo. Rozumiem, że jest to sztuczna, bezwzględna eliminacja tych placówek z rynku, z powodu absurdalnego kryterium, bo nie wmówią państwo opinii publicznej tego, że żadne inne walory szpitala nie są ważne. Przejdę do konkretów.

Szpital reumatologiczny w Ustroniu. Bardzo się cieszymy, że państwo wpisali do projektu ustawy reumatologię, ale ten sukces jest połowiczny, dlatego że równolegle samo-

dzielne szpitale reumatologiczne muszą spełnić dodatkowe kryterium posiadania „ostrej" izby przyjęć. Na logikę szpitale reumatologiczne nie przyjmują ciężkich, ostrych przypadków wymagających posiadania „ostrej" izby przyjęć. To jest nielogiczne. Skoro więc daliście szpitalom reumatologicznym szansę na to, żeby znalazły się w sieci, to bądźcie konsekwentni. Widzę tu zachowania dwuznaczne, bo te dwa kryteria wzajemnie się wykluczają. W związku z tym chciałabym zapytać o prawdziwą intencję ministerstwa w kwestii szpitali reumatologicznych, bo te zapisy, które dziś czytamy, są niespójne i nielogiczne. Na tę chwilę, ze względu na fakt, że szpital w Ustroniu nie spełnia kryterium posiadania „ostrej" izby przyjęć, nie wejdzie on do sieci. Jaki jest więc sens dopisywania reumatologii jako takiej do projektu? Jest to niespójne i nielogiczne. Proszę o bardzo konkretną odpowiedź: Jakie są plany ministerstwa w tej kwestii?

Kolejna rzecz. Na ostatnim posiedzeniu Komisji bardzo szeroko wypowiadałam się w kwestii geriatrii. Zadałam wiele pytań, natomiast do tej pory nie uzyskałam na nie odpowiedzi. Pozwolę sobie przypomnieć jedno najważniejsze pytanie: Jak ministerstwo planuje potraktować geriatrię. Czy ona będzie w systemie, bo na tę chwilę nie przewidziano dla niej miejsca? Nie chcę powtarzać słów pani przewodniczącej Małeckiej-Libery, ale absolutnie podpisuję się pod nimi. Uważamy, że geriatria powinna mieć niezależne finansowanie i powinna się znaleźć w systemie, żeby była możliwość tworzenia oddziałów geriatrycznych w poszczególnych szpitalach.

I ostatnie moje pytanie. Czy szpital kwalifikujący się do szpitali pierwszego stopnia, który ma w swojej strukturze oddziały z innego poziomu, na przykład reumatologię z oddziałem udarowym, okulistykę, hematologię, będzie mieć pełne finansowanie, tak jak w 2015 r., czy będzie mieć ten sam ryczałt? Bardzo proszę o precyzyjną odpowiedź w tej kwestii. Na tę chwilę, to wszystko. Jeśli sobie przypomnę dodatkowe pytania, będę jeszcze się zgłaszać. Dziękuję pięknie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, pani poseł Radziszewska. I proszę o ciszę.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Wysnuwam taki wniosek z naszych spotkań i rozmów na temat sieci szpitali, ponieważ ciągnie się to już kilka miesięcy, że rząd, a szczególnie pan minister Gryza, i osobiście pan minister Radziwiłł, jako główną zasadę udzielania odpowiedzi przyjęli nieudzielanie tych odpowiedzi. Ja nie przypominam sobie, żeby kiedykolwiek było tak, że minister nie odpowiada, a wtedy, kiedy jest prośba o pisemna odpowiedź, nie odpisuje. Nie wiem, jaka idea państwu przyświeca, ale przyjęliście zasadę unikania odpowiedzi na konkretne pytania, a problem jest ogromny. Planujecie przecież ogromne zmiany i sami w uzasadnieniu przyznajecie, że będziecie optymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i porządkować strukturę szpitali, ale z tej ustawy nie wyłania się żadne logiczne kryterium uporządkowania struktury szpitali.

Państwa kryteria są oderwane od rzeczywistości. Wszystkie wypowiedzi – poprzednio i teraz – wskazują na to, że państwo nie mają wiedzy, jak wygląda dzisiaj to zabezpieczenie w lecznictwie szpitalnym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Muszę powiedzieć, że jeżeli ta ustawa wejdzie w życie w takim kształcie, przy takim państwa nastawieniu, będzie to ogromne zagrożenie dla pacjentów w całej Polsce. Jeżeli 91% środków przeznaczanych dzisiaj na opiekę szpitalną będzie w ramach ryczałtu zabezpieczać wszystkie procedury szpitalne, a ogromna liczba szpitali znajdzie się poza siecią i bardzo wiele oddziałów w szpitalach, które wejdą do sieci, ma być finansowanych w wyniku konkursów, to ja nie wiem, na co te 9% wystarczy.

W opinii Biura Analiz Sejmowych czytamy, że to, co państwo planują, jest zbyt szybkie i ten półroczny okres nie daje żadnej szansy podmiotom, które są właścicielami szpitali, żeby mogły dostosować się do ustawy, którą państwo proponują. Ja w tym upatruję też celowe działanie. To znaczy, że ma być tak duża redukcja oddziałów szpitalnych i tak duża redukcja szpitali, że tego czasu nie dajecie. Jest to naprawdę zastanawiające, ponieważ to jest zagrożenie dla praw pacjenta na terenie całej Polski. Ja nie wiem, czy zdajecie sobie sprawę z tego, jak wielka będzie awantura na całą Polskę po tym, kiedy każdy właściciel w danym środowisku lokalnym zorientuje się, że niestety jego podmiot

nie wszedł do sieci, musi brać udział w konkursie, czyli w efekcie może się okazać, że nie ma… Co prawda, w uzasadnieniu pan minister napisał, że braliście pod uwagę aspekt funkcjonowania wspólnoty lokalnej i regionalnej, ale w wyniku państwa odpowiedzi i buty, jaką reprezentujecie, to ja tego aspektu brania pod uwagę wspólnoty regionalnej i lokalnej, niestety, nie widzę.

Nie rozumiem, dlaczego uważacie, że bez rozliczania procedur, z ryczałtem ukształtowanym tak, jak w tej ustawie, nie będzie żadnych zagrożeń dla finansowania świadczeń, które pacjenci otrzymują w szpitalach. Ponawiam więc pytanie do pana ministra, chociaż w ekspertyzie BAS znajdujemy opinię, którą my wyrażaliśmy wielokroć, że nie dokonaliście analizy tego, co dzisiaj jest dostępne dla pacjentów.

Panie ministrze Gryza, ile podmiotów nie znajdzie się w sieci przy takich kryteriach, jakie państwo nakreślili ustawą? Ile powiatów, ile części regionów będzie pozbawionych szpitala w sieci? Poprosimy o tę listę, zanim przyjmiemy tę ustawę. Proszę o dostarczenie tych informacji lub powiedzenie jasno, że nie dokonaliście tych analiz, nie macie wiedzy o tym, które podmioty z tej sieci wypadną. Przecież, jeżeli część podmiotów wypadnie z sieci, to ktoś musi je zastąpić w wykonywaniu świadczeń, które one wykonują.

Była dzisiaj o tym mowa, że część podmiotów prywatnych wykonywała procedury wąskie, lepiej płatne, ale one wypełniały lukę, jaka była w publicznej ochronie zdrowia. Jeżeli te podmioty wypadną z sieci, to jak państwo zamierzają spowodować, by te świadczenia dla pacjentów były wykonywane przez inne podmioty. W jakim mechanizmie, w jakim trybie podmioty, które znajdą się w sieci, będą wykonywać w zastępstwie, na przykład, procedury kardiologii inwazyjnej, część leczenia onkologicznego czy chociażby chirurgię jednego dnia? W jakim mechanizmie zamierzają państwo zapewnić pacjentom bezpieczeństwo zależne od wykonywania tych świadczeń?

I na koniec chciałabym powiedzieć, że państwu wydaje się, że jeżeli wprowadzicie ryczałt, to będziecie mogli powiedzieć, że trzeba wykonać więcej za mniej. Ja rozumiem, że nie doceniacie pracy personelu medycznego i uważacie, że zrobicie chłopów pańszczyźnianych z pracowników ochrony zdrowia. Dacie ryczałt i trzeba będzie wszystko wykonać, ale za tym wszystkim, panie ministrze, kryje się pacjent. Jeżeli będzie taka sytuacja, że podmioty – o czym mówiła pani premier Kopacz – będą starać się nie wykonywać procedur, które są skomplikowane i drogie, będą przesyłać pacjentów do ośrodków bardziej referencyjnych, trzeciego stopnia czy klinik, to ciekawa jestem, jakim cudem znajdzie się tam miejsce dla tych wszystkich pacjentów, którzy dzisiaj są zabezpieczani w szpitalach najbliższych pacjentowi. Jak państwo zamierzają dokonać takiego cudu w ramach tego ryczałtu? Przecież leczenie pacjenta to nie jest tylko koszt pracowników ochrony zdrowia. Na koszt leczenia składają się koszty leków, wszystkich środków medycznych wykorzystywanych do leczenia, operacji i postępowania rehabilitacyjnego. Czy państwu wydaje się, że wszystko da się zrobić w ramach jednego ryczałtu, wszystkie drogie procedury? Drogie nie dlatego, że jest drogi personel, ale dlatego, że sam proces leczenia wymaga dużych nakładów. Jak państwo zamierzają to zrobić w ramach ryczałtu?

Ja bym bardzo chciała, żeby pan minister odpowiedział również na pytanie – ono ciągle pada – dlaczego poza wszystkim, co jest zawarte w określeniu poziomów referencyjnych, nigdzie nie ma geriatrii. My, całe szczęście, żyjemy dłużej. W związku z tym działania geriatryczne powinny spotykać się ze wsparciem resortu i zachętami, żeby tych oddziałów, nawet na najniższym poziomie, było jak najwięcej, bo geriatria jest bardzo specyficzną sztuką medyczną, która kumuluje w sobie praktycznie wszystkie inne dziedziny, zwłaszcza z medycyny zachowawczej. I to nie jest to, że pacjent trafi na internę, gastroentorologię albo przewędruje przez wszystkie oddziały po kolei. Dlaczego nie uwzględniacie geriatrii na żadnym z poziomów referencyjnych jako tej dziedziny medycyny, która dzisiaj powinna się spotykać z państwa strony z promocją i zachętą do jej rozwijania, a nie likwidowaniem.

Bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi na pytania, które do tej pory padały wielokrotnie, a państwo na nie odpowiedzieli. To jest sprawa zbyt poważna. Możecie tę ustawę przegłosować w 10 godzin, w 20 godzin, w tydzień, ale efekty będą dramatyczne i pan minister musi mieć świadomość tego, że odejdzie pan ze stanowiska jako ten, który pogrzebał szpitalny system opieki zdrowotnej nad pacjentem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Nykiel.

Poseł Mirosława Nykiel (PO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Momencik. Ja chcę państwa posłów uspokoić, żebyście nie musieli cały czas trzymać podniesionych rąk. W kolejności, pani poseł Nykiel, pan poseł Zembala, pani poseł Dziuk i pani poseł Gelert. Czy ktoś jeszcze? Widzę, panie pośle. Zapisuję.

Poseł Mirosława Nykiel (PO) – spoza składu Komisji:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, ja też na poprzednim posiedzeniu Komisji zadawałam pytania dotyczące systemu sieci szpitali, o którym dzisiaj dyskutujemy, ale nie otrzymałam odpowiedzi. Dzisiaj mam bardzo konkretne pytanie o losy kardiochirurgii, o tak zwane polsko-amerykańskie kliniki serca. Chodzi mi zwłaszcza o dwie placówki, bielską i w Ustroniu. Poprzedziłam to dyskusją na sesji rady miasta i zostałam upoważniona do postawienia tych pytań. Wiemy, że te placówki należą do najlepszych w Polsce. Pan minister to dokładnie wie, bo badania są prowadzone wedle wszystkich waszych kryteriów. Wykonywanych jest tam rocznie ponad 1000 operacji, 90 osób pełni dyżury 24 godziny na dobę. Bielsk działa w połączeniu z Ustroniem. Pacjent w ciągu 3–4 tygodni otrzymuje rehabilitację w Ustroniu, co w znacznym stopniu pozwala na szybką rehabilitację i powrót do zdrowia. Jednak kardiochirurgia już w tym roku jest niedofinansowywana. Przytoczę kilka liczb.

W 2016 r. wykonano tam 547 operacji, w tym 470 operacji pomostowych naczyń wieńcowych. W wyniku negocjacji z Funduszem, otrzymano tylko 80% zwrotu kosztów za te operacje. Przyznany limit na 2017 r. jest jeszcze niższy. Dlatego, panie ministrze, proszę o uwzględnienie w sieci szpitali problemu kardiochirurgii, Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Bielsku-Białej i Ustroniu. Bardzo o to proszą mieszkańcy, radni miasta i wszyscy pacjenci, którzy mogą się tam znaleźć i którzy tam byli. Biorąc pod uwagę sposób leczenia na najwyższym poziomie światowym i dostępność do tych palcówek, jeśli one nie znajdą się w sieci i nie zmienicie podejścia do tych placówek, to naprawdę ucierpią pacjenci. W imieniu tych pacjentów, stawiam pytanie i proszę o analizę tej sytuacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan poseł Zembala.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, najpierw, wspierając, skomentuję wypowiedź mojej poprzedniczki jako wieloletni konsultant krajowy. Myślę – i uspokajam, nie będąc ministrem – że sytuacja takich szpitali, jak ten w Bielsku, który pani wymieniła, jest poza zagrożeniem. Nie powinniśmy kilkakrotnie tego przypominać jakby strasząc, bo przecież ten szpital, o którym pani mówi, z oddziałem kardiochirurgii, zabezpiecza trzy okoliczne powiaty. On jest w sieci, to znaczy, będzie. Trzeba mieć tylko większe zaufanie do funduszu, najbardziej kompetentnej grupy ludzi, którzy wyraźnie widzą, patrząc na wskaźnik migracji, że wyłączenie takiego szpitala jest niemożliwe. Nie sądzę, żeby ktokolwiek przy zdrowych zmysłach miał takie zakusy. A zatem, chyba troszkę demonizujemy problem. Mówię to także jako były konsultant… Proszę pozwolić, że skończę swoją wypowiedź. Z całą pewnością ten szpital jest.

Natomiast, chciałbym powiedzieć państwu coś innego, i przedstawię mój własny pogląd jako dyrektora zarządzającego przez 20 lat. Otóż, w ubiegłą sobotę i niedzielę mieliśmy posiedzenie Zarządu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca, Naczyń i Torakochirurgii. Zadałem wtedy pytanie jedenastu moim kolegom reprezentującym 11 krajów, czy w ich krajach, które mają większe budżety, są na wyższym etapie rozwoju we wspólnej Europie, jest możliwa sytuacja, że wskaźnik wartości punktu dla szpitali powiatowego, wojewódzkiego i akademickiego jest taki sam. Nie jest to możliwe. Chciałbym, abyśmy tego spokojnie wysłuchali.

Chcę to powiedzieć wyraźnie. Każdy na pytanie odpowiada „tak jest, my wszyscy leczymy tak samo". Kiedy wysuwamy argument jakości – i słusznie – to chciałbym, żebyśmy w roku 2017 powiedzieli, że wszyscy, którzy spełniają współczesne certyfikaty, mogą tę jakość określić. A ci mądrzejsi czy bardziej uczciwi wiedzą, że jeżeli tę jakość określisz, czy w tej grupie są przyjmowani chorzy „ostrzy" czy nie, to także ten element kształtuje jakość. Przypominam słynne stanowisko Montpellier, trzeba tylko chcieć to zauważać.

Po trzecie, kiedy państwo mówią, że wszyscy jednakowo leczymy, a niektórzy nawet mówią, że nowoczesność polega na tym, że są szpitale tak zwane jednodniowe, trzydniowe, pięciodniowe, to ja znam poczucie nowoczesności. Spędziłem za granicą prawie 6 lat. Jednak ci, którzy to mówią, zapominają, że potrzebna chirurgia jednego dnia, według grup DRG, rozlicza się na poziomie 50% tego, co ma chirurgia ogólna, która dzisiaj jest w najtrudniejszej sytuacji, nie tylko najniżej płacona. My dobrze wiemy, także państwo, jako lekarze, że większości trudnych zabiegów nie da się zrobić w ciągu jednego dnia. Wiemy, dlaczego. W związku z tym, kiedy mówimy „tak" dla jednego dnia, mówmy od razu „dobrze, ale za DRG 50%", a nie wtedy, kiedy stajemy w kolejce za pieniądze, mówimy „tak samo płać, tylko ja mam jeden dzień". I to chciałbym powiedzieć z europejskiej perspektywy.

Chcę także wyraźnie powiedzieć, przy całym szacunku, że prawdopodobnie większość z państwa – co rozumiem – walczy o te 9%, o to, żeby było może 10 czy 11%. Ja jestem daleki od serwilizmu w którąkolwiek stronę. Nie jest to moja filozofia, ale chcę powiedzieć wyraźnie jedną rzecz, że tylko w Kosowie spotkałem się z sytuacją, kiedy ktoś, kto ma pieniądze (oby jak najwięcej Polaków miało pieniądze) buduje na ulicy, co chce. Dlatego na jednej ulicy jest 14 stacji benzynowych. Natomiast w krajach tak bardzo „wyliczonych" jak Stany Zjednoczone czy Kanada mówi się: „Masz pieniądze, to znakomicie. Mój drogi, za te pieniądze nie zrobisz oddziału, jaki chcesz, bo się opłaca, tylko zrobisz oddział udarowy lub przewlekle wentylowanych, bo tego oddziału nie ma. Chcesz, dobrze. Nie, goodbye". Jeden z moich rozmówców w Windsorze, w Wielkiej Brytanii, na którą tak często się powołujemy, powiedział „Wiesz, do czego doszło? Do tego, że leczenie przewlekłej zatorowości ministerstwo wyznaczyło tylko w jednym miejscu w Wielkiej Brytanii". I koniec. Przez trzy lata. Dlatego, że dystrybucja środków groziłaby tym, że by wyszedł…

Do czego zmierzam? Nie do apoteozy. Ja tylko proszę państwa o to, żeby, zanim zaczniemy rewolucję w kraju, sprawdzać rozwiązania za granicą. O to bardzo proszę, bo my mamy nieszczęście patrzeć na siebie. I to chcę wyraźnie powiedzieć. Ci, którzy tego nie rozumieją, mają problem z interpretacją. Dlaczego? Dlatego, że upominam się o tę sytuację. Od drugiej połowy 2016 r. wszystkie szpitale powiatowe i wojewódzkie, te 90%, mają dużo mniej pieniędzy, bo mamy jednego płatnika. W związku z tym, 3 lata temu… Będę bronić pani premier Kopacz, aczkolwiek ona jest osobą której nie potrzeba bronić, ale i moich poprzedników. Dlaczego nie były ogłaszane konkursy w instytucji, którą zawsze będę szanować, Narodowym Funduszu Zdrowia? Dlatego, że kolejne rozwiązania konkursowe jeszcze by obniżyły ten wspólny tor – jak często mówimy – i spowodowały dalsze rozdrobnienie świadczeniodawców. Czyli, co się dzieje. Proszę popatrzeć. Instytut Kardiologii – długi. Wszędzie długi. Nie dlatego, że źle rządzą, tylko dlatego, że wszyscy w systemie dostaliśmy dużo mniej pieniędzy.

Zatem, w całym tym rozumowaniu – i to jest druga część – musi być ten element. Jeżeli jesteśmy odważni, to bądźmy – zróżnicowanie kwot w ryczałcie dla szpitala powiatowego, dla szpitala drugiego, trzeciego i czwartego stopnia referencyjności. Jeżeli włożymy do poziomów referencyjność, to nagle, wbrew pozorom, staniemy się bardziej europejscy. Tak więc, w tej sprawie moje zdanie brzmi: „tak". Tak, bo po raz pierwszy odważnej mówimy, że przy jednym płatniku ustabilizujemy szpitale powiatowe, ponadpowiatowe, wojewódzkie, akademickie w najgorszej sytuacji.

Mam ustawę KRAUM-u, ustawę rektorów, którzy mówią: „długi są gigantyczne". Gdyby nie podniesienie stawki wskaźnika w ubiegłym roku, to byłoby nienormalne. A my wszyscy mówimy „dobrze, chirurgia jednodniowa i chirurgia normalna, ale za taką samą stawkę". Na Boga Ojca, nigdzie to się tak nie odbywa!

I na koniec chcę państwu powiedzieć jeszcze jedną rzecz, a mianowicie, czego dotyczą moje wątpliwości. Pracujmy nad tym. To jest forma ryczałtu. Ja będę zwolennikiem systemu ubezpieczeniowego. Budżet zawsze jest trudny, dlatego że nie ujawnia tego, co jest naturalnym elementem konkurencyjności. Natomiast pytanie, w jaki sposób usprawnimy system budżetowy, który sprawi, że procedura wysokospecjalistyczna, gdziekolwiek by była wykonywana, nie spowoduje paraliżu, czyli konsumpcji nadmiernej liczby punktów. W tej sprawie prosiłbym więc, żeby każdy z państwa, kto będzie patrzeć na procenty, zaczął od tego, że w kraju wciąż mamy jednego płatnika, przy spływie składki mniejszej niż w Republice Czeskiej czy Słowackiej – mam nadzieję, że Słowacy się nie obrażą, bo Czesi są w trochę lepszej sytuacji niż my – a zaryzykowałbym stwierdzenie, że mimo wszystko tę wydolność mamy lepszą.

Moja ostatnia prośba. Chciałbym jednak prosić pana ministra, aby na aspekt geriatrii zwrócić uwagę, tak jak to zrobili choćby Skandynawowie. Oni są bogaci. Pan minister często się powołuje… Mianowicie, część oddziałów internistycznych sama odczuwa potrzebę, żeby istniejące szpitale geriatryczne potraktować jako pilotaż szkoleniowy. Dlaczego o to zabiegam? Proszę sobie wyobrazić, że katedra w szacownym uniwersytecie poznańskim nie ma zaplecza geriatrycznego. Jest konsultant. Byłby to mądry kompromis dla pewnej koncepcji, w której geriatra może wystąpić jako konsultant. Wiem, że panu jest bliższa ta koncepcja, i tak jest w wielu krajach, takich jak Kanada, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, ale także oddziały geriatryczne, dzięki którym szybciej możemy szkolić, zwłaszcza, że istnieje kilka niezłych. To jest kompromis, który – jak sądzę – możemy wspólnie wypracować. Bardzo dziękuję państwu za wysłuchanie moich uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Następną osobą zapisaną do głosu jest pani poseł Dziuk. Proszę.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, przysłuchując się tym wypowiedziom, można by stwierdzić, że do tej pory wszystko było rewelacyjnie przeprowadzane, jeżeli chodzi o finansowanie w służbie zdrowia, natomiast fakty są inne. To, że mamy bałagan w uszczelnianiu finansów związanych z lecznictwem, to, niestety, wynik 8 lat rządów, które doprowadziły do takiej sytuacji i do sytuacji, że rozmawiano na temat sieci szpitali i map potrzeb, ale tylko rozmawiano, a nic konkretnego nie wykonano. Nie mówię już o dokumentacji medycznej, która też przez poprzedników została zaniedbana. Szpitale ponoszą konkretne koszty, a przecież pewne rzeczy trzeba systemowo rozwiązać.

Ja chciałabym zwrócić uwagę na taką rzecz, bo państwo mówią ogólnikami. Bardzo istotne w tej dyskusji jest to, że stworzone prywatne kliniki, niestety, często biorą opłacalne procedury medyczne nie patrząc na te osoby, które mają, na przykład, zaawansowaną cukrzycę. Mam na myśli sprawy związane z prowadzeniem dializy. To są informacje zasięgnięte z mediów, ale nie tylko – z życia. Chciałabym zwrócić uwagę na to, co wskazują analizy, bo tu bardzo mocno sygnalizowany jest temat kardiochirurgii, że kosztowne badania są wykonywane w szpitalach państwowych, na państwowym sprzęcie, same zabiegi są robione w prywatnych (to przykład), a powikłania trafiają do szpitali państwowych. To też są pewnego rodzaju koszty. Ministerstwo, zamierzając usystematyzować te procedury, podjęło bardzo trudne zadanie związane z siecią szpitali. Mam więc pytanie do pana ministra: Czy sieć szpitali została adekwatnie przygotowana, przy uwzględnieniu mapy potrzeb?

Chciałabym zwrócić uwagę również na to – są na ten temat wypowiedzi fachowców, tutaj też to zostało poruszone przez pana profesora – że od roku 2012 nie było konkursów na programy. Czy to nie miało wpływu na ręczne sterowanie finansami w ochronie zdrowia? Prosiłabym pana ministra o odpowiedź na to pytanie.

Jeszcze na jedną rzecz chciałabym zwrócić uwagę, bo już ponad rok jako poseł obserwuję pewne sytuacje w Komisji – zajadłość czy sprzeciw wobec wprowadzanych reform, które są dobre dla pacjenta, co chcę podkreślić, żeby Polacy nie mieli przekonania, że my robimy coś wbrew wszystkim naszym rodakom. Czy te działania mają zabezpieczyć pacjenta? I czy będzie okres konsultacji i monitorowania wprowadzania sieci szpi-

tali, bo z tego, co wiem, przedstawiciele ministerstwa na bieżąco wyjeżdżają w teren, w różne regiony Polski, aby konsultować to na miejscu i dostosowywać tak, aby pacjenci z różnymi schorzeniami byli zabezpieczeni, bo przecież na tej reformie mają skorzystać pacjenci, a nie biznes? Mam więc wielką prośbę do pana ministra, aby w tych bardzo istotnych kwestiach, związanych z pacjentem, wyartykułować problemy stwarzane przez może grupy, a może osoby – trudno jest mi teraz wypowiedzieć się w tej kwestii – którym nie jest na rękę wprowadzenie sieci szpitali. Wiadomo, że wiele środowisk wywiera naciski, aby nie stracić na uszczelnieniu systemu finansowania w ochronie zdrowia. Panie ministrze, proszę o szczegółową wypowiedź w tych kwestiach.

A na koniec chciałabym przywołać znamienne zdanie, jakie wypowiedziała ówczesna pani premier Ewa Kopacz: „Kolejki wydłużają się w tych szpitalach, które mają swoją renomę, mają dobrą kadrę, do której większość naszych pacjentów chce trafić". Szanowni państwo, to było w roku 2015. Wiemy, co zastaliśmy po poprzednikach. Naprawdę, dla dobra wspólnego musimy rozpocząć rozmowę, dialog, a nie atak, bo to dotyczy nas wszystkich. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Zwykłam nie recenzować wypowiedzi posłów, ale jednak chciałbym się odnieść do wypowiedzi pani poseł. Chciałabym przypomnieć wszystkim posłom i posłankom, że dzisiaj znajdujemy się na posiedzeniu Komisji Zdrowia i żebyśmy mówili merytorycznie, a nie odnosili się do doniesień prasowych, bo to trochę nas kompromituje. Dlatego uważam, że to, co pan poseł powiedziała, jest wielkim kłamstwem.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ad vocem…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, ja przejmuję prowadzenie. Na liście mamy zapisaną panią poseł…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, nie komentujemy wzajemnie swoich wypowiedzi. Bardzo o to proszę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Właśnie pan to czyni. Momencik, pani poseł. Chwileczkę. W kolejności mamy zapisanych panią poseł Gelert, pana posła Hoka, pana posła Dziubę, pana posła Ostrowskiego, a na koniec zabiorę głos ja. Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam kilka pytań, ale na początek pozwolę sobie na uwagę. Ponieważ koleżanki wcześniej mówiły, że nie otrzymały odpowiedzi z ministerstwa na pytania zadane na posiedzeniu, które odbyło się dwa tygodnie temu, to chcę powiedzieć, że one wpłynęły, ale dzisiaj rano. W związku z tym miałabym wielką prośbę, bo to nie jest poważne podejście, żeby dzisiaj z samego rana pchnąć odpowiedzi po to, żeby były, kiedy tego czasu było trochę więcej. Nie wiem, czy to gwoli usprawiedliwienia, aczkolwiek nie wiem, której strony. Sami państwo pomyślcie.

Mam natomiast pytanie. W sprawach mniej ważnych powołujemy podkomisje, może źle powiedziałam, nie mniej ważnych, ale zapewne w drobniejszych, natomiast przy tak ważnej sprawie jak zmiana systemu ochrony zdrowia podkomisji nie powołujemy, a tam właśnie można by porozmawiać bardziej merytorycznie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam, że się wtrącam, już oddaję pani głos, wniosek o powołanie podkomisji złożymy po zakończeniu pierwszego czytania. Musimy najpierw skończyć pierwsze czytanie i ja złożę taki wniosek. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Następnie chciałbym zapytać pana ministra zdrowia, dlaczego równocześnie z tą ustawą nie procedujemy ustawy o POZ, bo POZ chyba również jest częścią zabezpieczenia systemu, może nie szpitalnego, ale jest częścią zabezpieczenia systemu. Wydaje się więc, że dopiero równoległe procedowanie tych dwóch ustaw dotyczyłoby całości zabezpieczenia pacjenta i usług pacjenta.

I kolejne pytanie. Ciągle państwo opowiadają, jak szpitale prywatne, szpitale jednodniowe itd. wybierają sobie wisienki na torcie. W związku z tym interesujące będzie, jak właściwie mają funkcjonować POZ-y, które w 90-procentach są prywatnymi podmiotami i na dzisiaj, tak naprawdę, z zabezpieczenia pacjenta siedmiodniowego mają tylko zabezpieczenie od godziny 8.00 do 18.00, a resztę, proszę państwa, zrobi zakład publiczny, czyli publiczny szpital, który przecież jako publiczny nie będzie mieć prawa dużo dyskutować.

I z tym wiąże się pytanie o nocną i świąteczną opiekę. Zadałam na poprzednim posiedzeniu Komisji pytanie, jak państwo widzą zabezpieczenie od strony lekarskiej. Państwo odpowiedzieli mi w tym piśmie, że każdy zakład to sobie organizacyjnie ustali. Owszem, ale ustala na podstawie prawa… Przepraszam bardzo, bo nie mogę mówić…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę nie przeszkadzać przemawiającym posłom. Proszę o ciszę na sali.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Jak mówię, owszem, każdy zakład organizuje pracę, ale robi to na podstawie prawa, które jest wydawane. Nie można tak odpowiedzieć, że proszę bardzo, każdy niech sobie organizuje jak chce, bo jest prawo.

Odnośnie do żadnej specjalizacji nie jest powiedziane, że lekarz powinien na przykład odbyć praktykę w nocnej i świątecznej pomocy, bo kiedyś takiego tworu nie było. Może jednak należałoby o tym pomyśleć. Nawet lekarz rodzinny nie ma na swojej ścieżce specjalizacyjnej odbywania praktyki w nocnej i świątecznej pomocy. W SOR, owszem, ale nie w nocnej i świątecznej pomocy. Widzę tu wielkie niebezpieczeństwo, bo nie wiem, czy dyrektorzy będą w stanie zorganizować to sobie tak, jak chcą.

Poprzednio było również zadawane pytanie, w związku z tym, że państwo mówili, iż 33% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie mieć zapewniony ryczałt. Padło więc pytanie, jakie kryteria będą dla tych 33%, czyli, kto, tak naprawdę, wejdzie w ten ryczałt, a kto będzie musiał być poddany konkursowi. Państwo na to pytanie też nie odpowiedzieli. Napisaliście wprost, że będzie konkurs i to będzie załatwione. Postawiłabym więc to pytanie, bo dotyczy to również rehabilitacji. Rehabilitacji dotyczy jeszcze mniejszy procent, bo chyba poniżej 20% będzie mieć zapewnione świadczenia ryczałtowe. Pytam więc o kryteria. Jakim kryteriom muszą podlegać ci, którzy się do tego dostaną?

Mam równie pytanie, które dotyczy zabezpieczenia anestezjologicznego. Dlaczego państwo odstępują w tej chwili od zabezpieczenia anestezjologicznego na poziomie pierwszym? Jeżeli na poziomie pierwszym jest możliwa chirurgia i jest możliwa ginekologia, czyli jest zabiegówka, to chyba zabezpieczenie OIOM-owksie… Oczywiście, poza łóżkami wzmożonego nadzoru – bo może być powiedziane, że w takim razie utworzymy wszędzie wzmożony nadzór – przy zabiegówce takie zabezpieczenie anestezjologiczne powinno być. Pytanie, dlaczego pierwszy poziom państwo z tego zwolnili.

Następne pytanie, odnośnie do rehabilitacji. Proszę państwa, w każdym województwie jest około dwóch-trzech szpitali rehabilitacyjnych, ale naprawdę szpitali rehabilitacyjnych, a nie oddziałów. Są to szpitale z tradycjami, bardzo często funkcjonujące po 40–50 lat, z rehabilitacją dla dzieci i dorosłych, szpitale, które mają po kilka profili rehabilitacji. Jaki był więc problem, żeby oprócz szpitali onkologicznych i pulmonologicznych wpisać rehabilitację, ale oczywiście postawić dla niej kryteria, wymienić kilka profili, czyli kardiologiczny, pulmonologiczny itd., i wskazać przynajmniej trzy czy dwa profile stacjonarne? O łóżkach bym dyskutowała. Tych łóżek jest najczęściej 200. W szpitalu rehabilitacyjnym jest czasem więcej niż w szpitalu powiatowym. Na pewno każdy z państwa zna w swoim województwie takie szpitale, więc nie byłoby chyba takiego problemu.

Na koniec stwierdzenie w polemice z panem profesorem. Jeżeli mówimy, że nadal mamy jednego płatnika i taki sam procent składki, to nie chcemy nic innego, tylko uszczelniać, uszczelniać, uszczelniać… Ja już nie wiem, co uszczelniać, bo właściwie przy każdej zmianie twierdzimy, że poprzez lepszą organizację i uszczelnianie systemu cokolwiek zrobimy, a tak naprawdę – jak mówiłam – pozostajemy przy jednym płatniku i takim samym procencie składki, jaki jest. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, myślę, że wszystkim dyrektorom i samorządowcom sen z powiek spędza wysokość tego ryczałtu, jaki otrzymają w roku 2017, ponieważ ma on być opracowany na poziomie przychodów, czy tych wszystkich środków, które szpitale otrzymały w roku 2015. Upływ dwóch lat spowodował znaczący wzrost kosztów właściwie wszystkiego – kosztów stałych, wynagrodzeń, dostawców, leków. Od tego roku mamy również wzrost minimalnego wynagrodzenia; jest to poziom 2 tys. zł. Wprowadzona została stawka godzinowa 13 zł. Te wszystkie decyzje powodują dramatyczny wzrost kosztów po stronie szpitali. W związku z tym na pewno wzrośnie koszt usług typu żywienie, ochrona. Spowoduje to dramatyczne koszty po stronie dyrektora szpitala i samorządu. Pytam więc, czy w takim razie pan minister, budżet państwa, przewiduje wyrównanie tych strat, które poniosą, ponieważ budżet z roku 2015 będzie się mieć nijak do kosztów z końca roku 2017.

Dodatkowo, w tym systemie, który dzisiaj państwo proponują, pacjent stanie się problemem i kosztem. Do tej pory szpitale zabiegały o jakość, o poziom, o diagnostykę i sprzęt, ponieważ było płacone za konkretną usługę. Pieniądz szedł za pacjentem. Dzisiaj ten pieniądz będzie szedł przed, w związku z tym każdy, komu zależy na funkcjonowaniu szpitala, będzie starać się na pacjencie zaoszczędzić, a to, niestety, odbije się na jakości leczenia tego pacjenta. Myślę, że również propozycja, aby te szpitale miały w swoich strukturach przychodnie przyszpitalne, a wiążę się z tym organizacja, zatrudnienie dodatkowych lekarzy, nocna i świąteczna pomoc (niektóre szpitale tego w ogóle nie miały, funkcjonowało to na poziomie lekarza rodzinnego, podstawowej opieki zdrowotnej) spowoduje ogromny ubytek w możliwościach funkcjonowania danego szpitala. Z drugiej strony, szpitale, także szpitale dziecięce, powinny przygotować się do obniżenia przychodów. Jeżeli wiemy o tym, że jest propozycja obniżenia wyceny świadczeń pediatrycznych, zwłaszcza w neonatologii, a również w oddziałach intensywnej terapii noworodków, to gdzie tu troska o pediatrię i o dziecko. Z jednej strony staramy się myśleć o wzroście dzietności i nakładach na dzieci, a z drugiej strony, nawet gdyby udało się urodzić więcej dzieci, to będzie mniej środków na ich leczenie w oddziałach szpitalnych.

Na koniec pytanie, co stanie się ze szpitalami, które teoretycznie będą mieć podpisany ryczałt na cztery lata, a w międzyczasie, w wyniku długów – bo przecież większość tych szpitali, powiedzmy to szczerze, ma po kilka, kilkanaście milionów złotych zadłużenia – samorząd, zwłaszcza powiatowy, nie będzie w stanie wyrównać tych braków finansowych i one będzie musiały paść. Co ze szpitalem, z jego mieniem, z pracownikami i na koniec, oczywiście, z pacjentami? Myślę, że dzisiaj powinna iść informacja do samorządów, do regionów – czego się dopominamy – które szpitale przestaną funkcjonować w systemie. Pan profesor Religa w 2006 r. miał autorytet i miał odwagę powiedzieć, że proponowane wprowadzenie sieci szpitali na pewno spowoduje likwidację przynajmniej dwustu szpitali. Dzisiaj pan minister nie ma tej odwagi, żeby powiedzieć samorządowcom, właścicielom, że kilkaset tych szpitali będzie musiało być zamkniętych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Dziuba.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Panie przewodniczący, wychodząc naprzeciw zgłaszanym tutaj uwagom, w szczególności dotyczących kwestii ryczałtu, chciałbym zapowiedzieć, a na pan ręce złożyć na piśmie propozycje trzech poprawek. Pierwsza z nich dotyczyłaby…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle …

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Tak jest.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeśli mogę. Prosiłbym o poprawki, żeby to było skuteczne, w momencie, kiedy przejdziemy do procesu legislacyjnego. Teraz jest pierwsze czytanie, czyli tak zwana wolna dyskusja.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Właśnie chciałbym to zapowiedzieć.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

OK. Bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Pierwsza poprawka będzie dotyczyć projektowanego art. 137 z indeksem c. Proponowany przepis będzie wiązał wysokość ryczałtu z aktywnością szpitala, czyli z tym, czy liczba świadczeń będzie rosła, czy malała. Druga poprawka będzie dotyczyć ustalenia konkretnego terminu, względem którego będzie dokonywana wycena świadczeń przy ustalaniu pierwszego ryczałtu. Proponuję, aby to był dzień wejścia w życie ustawy. I wreszcie trzecia poprawka dotyczyć będzie rzeczy tu niedyskutowanej. Będzie proponować przedłużenie umów dotyczących ratownictwa medycznego, ponieważ bez tego uzupełnienia Narodowy Fundusz Zdrowia stanie wobec konieczności ogłaszania konkursów w połowie tego roku, co byłoby niefunkcjonalne. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, w wersji pisemnej złożę je panu poprzez Biuro Legislacyjne.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę i bardzo dziękuję za głos. Teraz pan poseł Ostrowski.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, na wstępie chciałbym podziękować panu ministrowi za odwagę i determinację we wprowadzaniu zmian, bo trzeba mieć odwagę, żeby wystąpić z taką ustawą. Rzeczywiście, od czasu pana profesora Religi mówiliśmy o tym, że ustawę o sieci szpitali należałoby wprowadzić. Nie było jednak odważnego, który by to zrobił.

Powiem jeszcze ad vocem kolegom, że pan profesor Religa rzeczywiście planował zamknięcie szpitali, tak powiedział, ale wtedy nie było znane pojęcie opozycji totalnej. Chciałbym tutaj wyrazić ubolewanie, że źle się stało, że ta potrzebna reforma jest wprowadzana w atmosferze wojny totalnej, bo nawet dobre propozycje są krytykowane, a są tam ewidentnie dobre propozycje. Jak pan przewodniczący Latos powiedział, każdy, kto ma pojęcie o służbie zdrowia, wie, że tam są dobre propozycje.

Króciutko nawiążę do kilku stwierdzeń, które padły w dyskusji. Ze strony koleżeństwa padło stwierdzenie o karczowaniu szpitali. Ja jestem z Wielkopolski. Jestem po rozmowie z szefem Narodowego Funduszu Zdrowia. Tam żaden szpital nie będzie zamknięty. Proponowali państwo okrągły stół. Mieliście 8 lat na to, żeby ten stół zorganizować, panie kolego pośle, i zaprosić opozycję. Jakoś tego nie było widać.

Pani posłanka, nie będę wymieniać nazwiska, mówiła o bucie pana ministra. Powiem tak. Ta ustawa – według mojej wiedzy, ale mogę nie mieć jej kompletnej – jest po co najmniej czternastu poprawkach. Są one wynikiem reakcji na uwagi i wątpliwości zgłaszane w trakcie procesu legislacyjnego. Jak więc można mówić o bucie ministerstwa i pana ministra? Moim zdaniem, państwo tę ustawę rozstrzelali już przed jej skonsumowaniem, rozpętując w związku z nią jakąś psychozę.

Teraz mam pytanie do pana ministra. Jest ono takie. Obawy opozycji, które ja podzielam – widzę, że pan poseł Dziuba też, bo poprawki, które zgłosił, w tym kierunki idą – wiążą się z kwestią funkcjonowania ryczałtu. Jest obawa, że szpitale będą oszczędzać na pacjentach, że ryczałt może mieć charakter antymotywacyjny, troszkę rozleniwi świadczeniodawców. Może tak być.

Pan minister zapewniał, tak jest również napisane w uzasadnieniu ustawy, że ryczałt ma okres rozliczeniowy, że będzie kontrola, że będzie zależał od sprawozdania za poprzedni okres, ale też, że będą obserwowane wskaźniki jakości leczenia. Chciałbym się dowiedzieć czegoś bliżej na temat wskaźników jakości leczenia, bo myślę, że to jest ważna sprawa, żeby ta ustawa dobrze funkcjonowała. A są wszelkie przesłanki do tego, żeby jednak dobrze się zapisała w historii naszej medycyny. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Lista posłów została wyczerpana. Jeszcze ja zabiorę głos. Szanowni państwo… Pani poseł, pani już raz mówiła. Jeśli pani umknęło, to proszę bardzo, 30 sekund.

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Bardzo dziękuję. Umknęło mi jedno pytanie, dlatego bardzo szybko powiem, że wiele szpitali kwalifikujących się na drugi poziom, jest blokowanych bezwzględnym kryterium, że muszą posiadać oddziały intensywnej terapii i anestezjologii przez dwa ostatnie lata. W związku z tym wielospecjalistyczne szpitale, bardzo ważne na mapie województwa śląskiego, będą automatycznie spadać na drugi poziom i tracić kontrakt na co najmniej 9 oddziałów. Chciałabym również zwrócić uwagę na ten ważny element funkcjonowania wielu ważnych szpitali, które w tej chwili są w systemie, a mogą być znacznie ograniczone. Bardzo dziękuję i proszę o odpowiedź.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowni państwo, proszę o ciszę na sali. Wszystkich tych, którzy mają do załatwienia inne sprawy, proszę o opuszczenie sali.

Panie ministrze, przynosi pan jedną z wielu zapowiadanych przez siebie ustaw. O ustawie o sieci szpitali mówił już minister Religa w latach 2006 i 2007. Pan minister Religa różnił się od pana tym, że powiedział wprost: 200 szpitali do zamknięcia w związku z siecią szpitali. Ja od pana nie mogę wydobyć od pół roku informacji na temat tego, które szpitale w sieci się znajdą, a które nie, a właściwie otrzymałem jedną odpowiedź na piśmie w tej sprawie, o takiej treści, że to, które będą w sieci, a które nie, okaże się w październiku. Tak mniej więcej brzmiała ta odpowiedź.

Ta ustawa, spośród z wielu innych, które teraz w polskim parlamencie są przeprowadzane, jest najbardziej peerelowskim sentymentem i największym powrotem do czasów PRL-u. Nie było jeszcze takiej ustawy w parlamencie w tej kadencji, która by nas cofała do rozwiązań socjalistycznych, PRL-owskich, w których funkcjonowała bardzo prosta zasada: Czy się stoi, czy się leży, milion złotych się należy. Wprowadzają państwo ustawę o budżetowym finansowaniu szpitali, o ryczałtowym ich rozliczeniu. Mówią państwo o tym, że ta ustawa zwiększy dostęp pacjenta. Czy możecie na logikę wytłumaczyć, jak to będzie, że pacjent będzie mieć zwiększony dostęp do szpitali wtedy, kiedy będzie ich mniej, bo taki przecież jest sens sieci szpitali? Przecież nie wszystkie szpitale wejdą do sieci, a państwo mówią, że dostęp będzie łatwiejszy. To jest kompletnie nielogiczne i kompletnie nieracjonalne.

Likwidują państwo de facto nocą i świąteczną pomoc lekarską i mówicie: „jakoś mają sobie poradzić". Mówicie wprost: „mają się zorganizować". To ja panu powiem, co będzie w SOR-ach po wprowadzeniu tego przepisu. W SOR-ach będą dzieci z biegunką, z grypą, pacjenci z udarem, z zawałem i z wypadku. Wszyscy w jednym miejscu, dlatego że nocnej i świątecznej pomocy już nie będzie, a właściwie będzie w SOR.

Chcę dopytać, co wam zrobili kardiolodzy w tym kraju, bo nie dość, że drastycznie obniżono wyceny – z czym można by się zgodzić, że powinniśmy dążyć do wyrównania czy zrównoważenia wycen – to de facto wycinacie dzisiaj cały sektor kardiologii interwencyjnej. Po głowie dostaną pacjenci nie z dużych miast, bo oni sobie poradzą w wielkich szpitalach marszałkowskich, tylko pacjenci w najmniejszych powiatach, czyli ci, do których odwołujecie się w swoich licznych, ideologicznych przekazach. Kardiologia interwencyjna docierała właśnie do tych pacjentów w niewielkich szpitalach, w niewielkich powiatach, a de facto uniemożliwiacie jej dalsze funkcjonowanie. Gdzie jest geriatria w tym systemie? Pacjent w starszym wieku został z tej ustawy wyeliminowany. Jego tam w ogóle nie widać. Nie widać dbałości ministra zdrowia o pacjenta geriatrycznego.

I wreszcie, jak szpitale, które będą dokładnie wiedzieć, że mają zagwarantowany ryczałt od wojewody, chcecie zmotywować do tego, żeby leczyć pacjentów bardziej chorych, wymagających większej opieki lekarskiej, a więc po prostu droższych. Pan nie pracował nigdy w szpitalu, ja zaś całe lata i wiem, że jeśli szpital będzie miał obiecany ryczałt, i będzie on pewny, to będzie przyjmować i przetrzymywać w szpitalu pacjenta lżej chorego, mniej kosztownego, który będzie przysparzać mniej kłopotów. Czyli, pacjenci ciężej chorzy, wymagający dłuższych hospitalizacji i większych nakładów finansowych, będą po prostu przepychani od szpitala do szpitala. Ustawią państwo kolejki pacjentów pod dużymi szpitalami marszałkowskimi, wojewódzkimi, którzy będą odpychani od szpitali powiatowych, w których dzisiaj są leczeni. Na dodatek, po wejściu tej ustawy, w szpitalach powiatowych zlikwidujecie pojedyncze oddziały specjalistyczne, które przy nich funkcjonują. To jest cała prawda o tej ustawie.

Zrobił pan tę ustawę pod presją polityczną, co rozumiem, bo wszyscy jesteśmy politykami. Pan ma zobowiązania polityczne, które musi pan wykonać, ale nawet pana koledzy, pan Andrzej Sośnierz, który dzisiaj milczy, wicepremier Gowin, powiedzieli, co myślą o tej ustawie. Zwołali panowie dzisiaj wspólną konferencję na temat tego, że doszli panowie do porozumienia. Co było elementem tego porozumienia – implanty ślimakowe?

Oddaję głos gościom. Narzucam rygor czasowy wypowiedzi do minuty. Bardzo proszę, pan z końca sali. Proszę o przedstawianie się i wymienianie instytucji, którą państwo reprezentują. Będę państwu udzielać głosu po kolei. Bardzo proszę, pan po lewej stronie. Niestety, nie jestem w stanie podać pana nazwiska.

Doradca Konfederacji Lewiatan Maciej Piróg:

Maciej Piróg, Konfederacja Lewiatan. Szanowni państwo, panie ministrze, mam trzy pytania – dwa szczegółowe i jedno ogólne – o tryb konkursów. W trybie konkursowym dyrektor będzie decydować o tym, że wtedy, kiedy są braki w zabezpieczeniu, będzie ogłaszać postępowanie czy rokowanie. Czy to będzie postępowanie konkursowe dla szpitala, dla oddziału, czy może dla zakresu świadczeń zdrowotnych? To jest pierwsze pytanie.

Drugie, pula pieniędzy. Są dwie pule pieniędzy. Pierwsza jest przeznaczona na ryczałt, druga na konkurs. W tej chwili 91 do 9. Są pewnego rodzaju ustępstwa, które ja postrzegam jako ustępstwa na rzecz poprzedniego systemu w stosunku do proponowanego. Chodzi o poszczególne grupy procedur, takie jak dializy, porody, endoprotezoplastyka. W tej chwili doszła nowoczesna diagnostyka obrazowa, transplantologia. Pewnie słusznie. Natomiast mam pytanie techniczne. Czy pieniądze przeznaczone na kontraktowanie czy zawieranie umów na finansowanie tych procedur będą pochodzić z puli ryczałtowej, czy z konkursowej? Czy pula konkursowa, która cały czas maleje, także i z tego powodu zmaleje, czy to jest kosztem ryczałtu?

I ostatnie pytanie. Trudno nie zgodzić się z panem ministrem, jeśli chodzi o wielokrotnie podnoszoną diagnozę obecnego systemu. Ten system jest niewydolny. Ten system jest zły i słusznie pan powiedział o tym, że lista zastrzeżeń do systemu jest dłuższa niż to, co było w dzisiejszej wypowiedzi na początku. Proszę jednak odpowiedzieć – bo często zadajemy sobie takie pytanie – dlaczego w wyniku tego nowego projektu i tej reformy, która jest przeprowadzana bez żadnych dodatkowych nakładów finansowych, będzie lepiej. W którym miejscu ten zły system zostanie naprawiony, dlaczego i w jaki sposób? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę gości o zgłaszanie się. Przepraszam, ale nie jestem w stanie wywoływać państwa z nazwiska. W związku z tym będę operować geograficznie. Bardzo proszę, pani. Proszę o przedstawienie się i podanie nazwy instytucji.

Prezes Zarządu Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Katarzyna Adamek:

Katarzyna Adamek, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jedna uwaga. Przepraszam bardzo. Zwracam się do gości z prośbą, aby nie mówić o sytuacji swoich, pojedynczych szpitali, a tym bardziej nie przedstawiać ich historii i zasług, bo je znamy. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Katarzyna Adamek:

Mam pytanie. Dlaczego w ustawie znalazło się ograniczenie dotyczące oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, polegające na posiadaniu tego oddziału zakontraktowanego przez dwa lata? Pytam, biorąc pod uwagę to, że w województwie śląskim istnieje bardzo duże zapotrzebowanie na tego typu usługi. Szpitale, wchodząc do systemu, uzyskały wszelkie możliwe zgody konsultantów. To bardzo ogranicza wejście na drugi poziom. Akurat dlatego, że w moim szpitalu, który ma 15 oddziałów, OAIT, w który samorząd zainwestował bardzo duże pieniądze, funkcjonuje w systemie NFZ przez pół roku, szpital nie będzie zakwalifikowany do zabezpieczenia drugiego poziomu. Jest to w mieście 130-tysięcznym, w którym mamy 6 tys. górników, autostradę i Drogową Trasę Średnicową do obsługi. Szpital dostanie ryczałt na 4 oddziały z piętnastu. Panie ministrze, apeluję, żeby oddziały intensywnej terapii i anestezji potraktować na równi z chemioterapią… Ruda Śląska. W przypadku chemioterapii, posiadanie kontraktu przez kwartał kwalifikuje do poziomu zabezpieczenia, a w przypadku OAiT, 2 lata. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy pani jest dyrektorem tego szpitala w Rudzie Śląskiej?

Prezes Zarządu Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Katarzyna Adamek:

Jestem prezesem zarządu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Prezesem zarządu, OK. Bardzo proszę, pan.

Koordynator do spraw świadczeń zdrowotnych w Katowickim Centrum Onkologii Mariusz Rosnowski:

Dzień dobry. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, Mariusz Rosnowski, Katowickim Centrum Onkologii.

Panie przewodniczący, ja bym jednak chciał się odnieść do sytuacji mojego szpitala, ponieważ właśnie z naszego poziomu wprowadzanie ustawy o sieci szpitali wygląda trochę inaczej. Chodzi o to, że uważamy, iż ten system jest wprowadzany zbyt szybko, bez stosownych analiz finansowych, co wpływa w dalszej kolejności na decyzje podejmowane przez zarządy. Taka sytuacja była właśnie w moim szpitalu, gdzie zarząd, próbując ratować inny szpital, chciał go połączyć z Katowickim Centrum Onkologii. Do czego by to doprowadziło? Do tego, że nasz szpital po pewnym czasie przestałby po prostu funkcjonować. A co z pacjentami? To, po pierwsze.

Druga rzecz. W naszym szpitalu mamy również oddział geriatryczny. Leczymy około tysiąca pacjentów rocznie. Jak pan minister widzi możliwość dalszego funkcjonowania tego oddziału? W poprzednich opracowaniach, choćby w „Zdrowie priorytetem politycznym państwa", było wyraźnie napisane, że leczenie pacjenta geriatrycznego jest trzykrotnie droższe od leczenia pacjenta w wieku produkcyjnym. Zatem, jeśli chodzi o połączenie oddziałów geriatrycznych z interną, o czym słyszymy, nie bardzo to może funkcjonować, gdyż chodzi o kompleksowość leczenia pacjenta. Wysyłamy lekarzy i pielęgniarki, żeby się dokształcali, mamy już – tak można powiedzieć – prawdziwe centrum geriatryczno-onkologiczne, bo to jest taki profil, a nie mamy kontraktu na naszą geriatrię. Prosiłbym więc o odpowiedź: Co pan minister przewiduje w takiej sytuacji?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Teraz z tej strony stołu. Pan się zgłaszał. Bardzo proszę. Przypominam o dyscyplinie czasowej.

Prezes Zarządu INTERCARD Sp. z o.o. Marcin Pasternak:

Jasne. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie głosu. Marcin Pasternak. Reprezentuję szpitale kardiologiczne INTERCARD, czyli prywatny podmiot prowadzący cztery takie szpitale opiekujące się populacją około 1,5 mln ludzi.

Chciałbym zapytać, dlaczego nie znaleźliśmy się w sieci szpitali? Dlaczego jesteśmy niemalże literalnie wyłączeni ze znalezienia się w tej sieci? Nasza sieć istnieje 10 lat, mówię o sieci opieki kardiologicznej. Opiekujemy się pacjentami głównie poza dużymi miastami, w których – w myśl projektu sieci szpitali – pacjenci będą nadal zabezpieczeni.

Chciałbym wiedzieć, w jaki sposób mam przekazać tej populacji 1,5 mln ludzi w małych i większych miastach, takich jak Krosno, Pińczów, Nowy Targ, gdzie mają się zgłosić, jeśli podobne podmioty znajdują się 40–80 km od naszej aktualnej lokalizacji. Przypomnę, że choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów Polaków. Państwo w statystykach podają, że 48% zgonów spowodowanych jest chorobami serca.

Moje pytanie nie jest bezpodstawne, ponieważ w dyskusji z oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia uzyskuję jasną i klarowną informację, że ze strony ministerstwa nie ma obecnie, na etapie projektu, możliwości – nawet za zgodą ministra czy w formule zgody ministra – włączenia szpitali kardiologicznych, a realne jest ryzyko, które jest wyrażane aktualnie przez płatnika, czyli NFZ, chociażby ustami dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, że na konkurs dla takiego podmiotu może nie starczyć środków. Chciałbym zauważyć, że sieć szpitali w naszym obszarze nijak się ma do potrzeb zdrowotnych, dlatego że jest ona odziedziczonym, historycznym rozkładem tych oddziałów, niemającym poparcia w rzeczywistych potrzebach populacyjnych tych regionów, w których znajdą się szpitale czy oddziały kardiologiczne włączone do sieci szpitali.

Zwrócę jeszcze uwagę na dwa obszary, o których mówili państwo posłowie i pan minister. Jeśli chodzi o jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów, od lat mają państwo narzędzia w tym zakresie. Po pierwsze, rejestry branżowe, które są prowadzone. One mówią jasno o jakości i skuteczności leczenia w poszczególnych ośrodkach, zwłaszcza w przypadkach ostrych, jak również certyfikację jakości ministerstwa. Bardzo proszę, nie deprecjonujmy tego, co już zostało w tym zakresie osiągnięte. Trzy lata temu przeszedłem taką certyfikację. To było naprawdę duże wyzwanie i daleka droga do tego, żeby to osiągnąć. Natomiast w tej chwili, przy odnowieniu certyfikacji, prawie przez dwa lata czekam na wyznaczenie terminu. To są kwestie certyfikacji ISO, które wcześniej również uważali państwo za istotne.

Ostatnia sprawa dotyczy izb przyjęć. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w projekcie ustawy jest jasny przepis o zakontraktowaniu izb przyjęć przez ostatnie 2 lata. Chciałbym zapytać, jaka jest różnica – z punktu widzenia ustawodawcy między izbą przyjęć, która jest zakontraktowana, a izbą przyjęć, która nie jest zakontraktowana? Chciałbym, żeby wszyscy państwo mieli świadomość tego, zwłaszcza państwo nie zajmujący się na co dzień ustawą o działalności leczniczej, że obowiązek posiadania izby przyjęć w podmiocie szpitalnym funkcjonuje od bardzo dawna. Każdy z podmiotów szpitalnych, bez względu na to, czy jest pełnoprofilowym szpitalem powiatowym, wojewódzkim czy monoprofilowym szpitalem, na przykład, kardiologicznym, ma obowiązek izbę przyjęć posiadać. I ta izba przyjęć działa według tych samych zasad, jakie obowiązują w dużym szpitalu, prowadzi własną dokumentach zbiorczą i indywidualną, zatrudnia pielęgniarkę i lekarza…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam. Proszę powoli zmierzać do końca.

Prezes Zarządu INTERCARD Sp. z o.o. Marcin Pasternak:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowni państwo, uwaga organizacyjna, bo pewnie państwo zastanawiają się, co oznacza ten dźwięk, kiedy tak robię. To oznacza, że trzeba kończyć. Tak on brzmi. Bardzo proszę, pan.

Prezes Polskiej Federacji Szpitali Jarosław Fedorowski:

Szanowni państwo, Jarosław Fedorowski. Reprezentuję Polską Federację Szpitali, 1/3 zasobów szpitalnych w Polsce.

Chciałbym zapytać ministerstwo i zaapelować o wprowadzanie mechanizmów koordynowanej ochrony zdrowia. Tak się składa, że jestem specjalistą w tej dziedzinie. Wydaje mi się, że jedyną szansę należy upatrywać we wprowadzeniu tych mechanizmów. Zapytanie nasze jest takie: W jaki sposób można doprowadzić do harmonijnej współpracy w mechanizmach koordynowanej ochrony zdrowia tworzenia konsorcjów, a później

organizacji koordynowanej ochrony zdrowia przez różne podmioty na danym terenie? Wydaje mi się, że to byłby element, który mógłby poprawić skuteczność ochrony zdrowia i dostępność dla pacjentów. Pytam o mechanizmy koordynowania ochrony zdrowia, tylko nie te wycinkowe, czyli zarządzanie jednostkami chorobowym, ale tworzenie konsorcjów, a w przyszłości całych organizacji koordynowanej ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan, bardzo proszę.

Starosta powiatu mieleckiego Zbigniew Tymuła:

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, nazywam się Zbigniew Tymuła. Reprezentuję powiat mielecki, skromny powiat. Dużo tu się mówiło na temat szpitali powiatowych, dlatego chcę państwu kilka zdań na ten temat powiedzieć. Myślę, że reprezentuję całe Podkarpacie.

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu ministrowi za determinację, za podjęcie tego działania. My jako samorządowcy czekaliśmy na takie działanie. Podkarpacie – jak tu powiedział pan Kamysz – powinno być objęte pilotażem. Podkarpacie jest prestiżowe, jest już pilotażowe…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam pana. Gdyby pan zechciał mówić 3 cm dalej od mikrofonu, to byłby większy komfort…

Starosta powiatu mieleckiego Zbigniew Tymuła:

Dobrze, nie ma sprawy. Mam donośny głos, to pewnie przez to. My jako Podkarpacie nie boimy się sieci i nowego kontraktowania. Jesteśmy przygotowani. Jako starosta powiatu mieleckiego mam szpital, w którym jest 20 oddziałów w trzecim stopniu referencji, szanowni państwo. Powiaty potrafią się rozwijać i wprowadzać nowe zasady.

Szanowni państwo, słuchając niektórych wypowiedzi państwa posłów jestem troszkę przerażony. Ja przez 25 lat prowadziłem własną działalność gospodarczą. Uważam, że trzeba zmieniać kraj. Trzeba zmieniać zasady, wprowadzać nowe zasady. Pan Kamysz powiedział, na przykład, co będzie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę pana, jest pan gościem na posiedzeniu Komisji. Ma pan prawo zadać pytanie ministrowi, a nie komentować wypowiedzi posłów. Bardzo proszę zadać pytanie ministrowi.

Starosta powiatu mieleckiego Zbigniew Tymuła:

Panie ministrze, ma pan pełne wsparcie z całego Podkarpacia oraz ze szpitala powiatowego w Mielcu. Dzisiaj jesteśmy przygotowani na kontraktowanie i proszę nie płakać – chodzi o opozycję…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę pana…

Starosta powiatu mieleckiego Zbigniew Tymuła:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

…to, że minister ma poparcie na Podkarpaciu, to my wiemy. Proszę, następny mówca. Bardzo proszę, pan.

Zastępca dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie Marcin Mikos:

Panie ministrze, chciałbym zapytać, jak będzie wyglądać w nowym kształcie finansowanie oddziałów udarowych. Ich roli tu nie widać, ale też nie ma mowy o jakimś szczególnym finansowaniu, a jednak one spełniają szczególną rolę, jeśli chodzi o epidemiologię problemu i prowadzą leczenie dość kosztowne.

A drugie pytanie dotyczy oddziałów intensywnej opieki kardiologicznej i intensywnej opieki neurologicznej. W sytuacji deficytu łóżek anestezjologicznych i kadry anestezjo-

logicznej lekarskiej i pielęgniarskiej, spełniają one rolę wentylów bezpieczeństwa w niektórych szpitalach. De facto są oddziałami intensywnej terapii, tylko ukierunkowanymi na pacjentów neurologicznych i kardiologicznych. Czy ich obecność będzie w jakiś sposób zauważona i premiowana w tym projekcie?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Chciałbym jeszcze wrócić do pana z Podkarpacia, bo pan przedstawił się tylko z nazwiska. Jaką instytucję pan reprezentuje?

Starosta powiatu mieleckiego Zbigniew Tymuła:

Starosta powiatu mieleckiego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Teraz pani Maria Ochman. Bardzo proszę.

Przewodnicząca Krajowej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność" Maria Ochman:

Dziękuję, panie przewodniczący. W imieniu NSZZ „Solidarność" chciałabym przedstawić krótkie stanowisko, a generalnie pytania do pana ministra. Nasze stanowisko jest takie, że ta ustawa wchodzi w życie za późno, o wiele za późno. Niestety, ja ubolewam nad tym, że prace nad tą ustawą trwały tak długo. Druga kwestia. Chciałabym zapytać pana ministra, skąd będą środki m.in. na nocną i świąteczną pomoc lekarską i dlaczego ona nie może wrócić do podstawowej opieki zdrowotnej, jak miało być w założeniu, kiedy wchodziła w życie reforma. Oczywiście, łatwiej by nam było rozmawiać na ten temat, gdybyśmy mieli przedstawioną również ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej, bo mamy takie wrażenie, że część zadań, niestety, będzie przerzucona na szpitale. Z tego wynika obawa „Solidarności", że akurat przeniesienie tego na SOR-y niewiele rozwiąże.

Kwestia pakietów osłonowych. Rzeczywiście upominamy się o to dla tych pracowników, którzy są członkami Związku, którzy będą ewentualnie zwolnieni. Nie wiem, czy w prywatnych szpitalach są związki zawodowe. Mam wrażenie, że nie, ale wzruszona jestem troską pana ministra Kamysza, notabene geriatry – o geriatrię wszyscy się upominają, a tu geriatra siedzi – że teraz pan upomina się o pracowników i o porozumienie, a przypomnę panu, panie ministrze, że był biały szczyt, a potem była czarna rozpacz. I dzisiaj tak naprawdę widać… Panie przewodniczący, zaraz będę kończyć, ale nie chciałabym mówi krócej niż trzymałam podniesioną rękę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę pani, długość mówienia nie zależy od czasu trzymania ręki w górze. Bardzo proszę.

Przewodnicząca KSSZ NSZZ „Solidarność" Maria Ochman:

Panie przewodniczący, niech pan będzie sprawiedliwy w stosunku do partnerów społecznych i lobbystów. Bardzo pana o to proszę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani przewodnicząca, proszę nie próbować montować mnie w polemikę z panią, bo pani wie, że dobrze sobie daję radę i…

Przewodnicząca KSSZ NSZZ „Solidarność" Maria Ochman:

Ja również.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę mówić.

Przewodnicząca KSSZ NSZZ „Solidarność" Maria Ochman:

Myślę, panie ministrze, że sobie poradzimy. Znamy się dość długo.

Uszczelnianie systemu, to było kluczowe hasło Platformy Obywatelskiej. Pani dyrektor Gelert jak mało kto doskonale zna sytuację szpitali. W pełni zgadzamy się, że ta ustawa wymaga dopracowania. My oczekujemy, panie ministrze, na jeszcze jedną kluczową odpowiedź, czy są zagwarantowane pieniądze na podwyżki dla pracowników służby zdrowia. Czy w ustawie o wzroście wynagrodzeń, która będzie obowiązywać od 2 lipca, jak mówiła pani premier, te środki będą zabezpieczone w kontraktach dla szpitali,

czy będzie tak jak z podwyżką Platformy Obywatelskiej dla pielęgniarek, że wzięto pieniądze na leczenie pacjentów?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo pani dziękuję. Pracodawcy RP, bardzo proszę.

Wiceprezydent Pracodawców RP Andrzej Mądrala:

Dzień dobry państwu. Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP, osoba odpowiedzialna od wielu lat za sprawy ochrony zdrowia, a jednocześnie – i tego nie boję się powiedzieć…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Z kolei pana proszę bliżej mikrofonu.

Wiceprezydent Pracodawców RP Andrzej Mądrala:

…współwłaściciel dwóch szpitali – pierwszego w Warszawie, a drugiego w Katowicach. Szanowni państwo, dwie rzeczy. Jeżeli chodzi o naszą ocenę jako pracodawców RP, można wejść na naszą stronę internetową i poczytać. Było wiele konferencji na ten temat organizowanych przez nas, dlatego też podsumowanie nasze jest jednoznaczne. Wszystko, co dzisiaj się proponuje, od początku, nawet ze zmianami, jakie zaszły, to generalnie katastrofa dla pacjenta. A teraz fakty. Zwracam się nie tylko do ministra zdrowia, bo pewnie zna te dane, ale też do pań posłanek i panów posłów. Posłuchajcie państwo, jak to wygląda.

Jeżeli chodzi o procentowy udział podmiotów niepublicznych w takich procedurach, jak, na przykład, artroskopia lecznicza – 29,91, operacje żylaków – 45,13 i na koniec, bo nie chcę wszystkiego wymieniać, operacje zaćmy, a więc papierek lakmusowy nie tylko tego rządu, ale i poprzednich. Wygląda to w ten sposób, że w usunięciu zaćmy z niepowikłanym wszczepieniem soczewki, udział podmiotów niepublicznych to 30%.

A jak to wygląda na przykładzie zaćmy? Zaraz powiem, o co mi chodzi. Na Śląsku 35% wszystkich zabiegów wykonują ośrodki prywatne, na Mazowszu 36%. Co się dalej dzieje? Naszemu rządowi zależy dzisiaj na tym, żeby kolejki były krótsze. Oczywiście, znalazły się pieniądze i Narodowy Fundusz Zdrowia wystąpił do wszystkich świadczeniodawców z propozycją, tak było również na Mazowszu, „zróbcie 3,5 tys. zabiegów zaćmy, które trzeba wykonać". Oczywiście, Centrum Medyczne MAVIT – przepraszam, ale tylko raz nazwę swój szpital – złożyło ofertę na 600, dostało 500, a jeden z największych szpitali klinicznych uniwersytetu medycznego – i tu przeprowadziłem nie po raz pierwszy zgaduj-zgadulę – złożył ofertę na sztuk 12. Zatem, mam pytanie do pana ministra, czy pan minister ma świadomość tego – nie tylko, jeśli chodzi o operacje zaćmy – co stanie się z tymi pacjentami, którzy czekają w kolejkach 3 i 4 lata, bo takie są sytuacje nie tylko z zaćmą. Czy państwo, chcąc pozbawić nas kontraktu z NFZ, nie boję się tego powiedzieć, bo nasze środowisko od początku czuje, że to jest najazd na ośrodki prywatne, będą mieć świadomość tego, że szpitale publiczne, nie tylko jeśli chodzi o zaćmę, są już zadławione swoją pracą? Jeżeli wyrzucicie nas i inne szpitale, nie tylko prywatne, niepubliczne, z całego systemu, będzie to – jak powiedziałem na początku i jest to moje ulubione słowo, za co jeszcze raz przepraszam – katastrofa dla pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę po kolei. Proszę państwa, trochę żartowaliśmy z panią przewodniczącą Ochman. Naprawdę długość trzymania ręki w górze nie ma znaczenia. Każdemu udzielę głosu, więc nie muszą państwo cały czas aktywować zgłoszenia. Bardzo proszę, pan.

Dyrektor Szpitala Śląskiego w Cieszynie Czesław Pływawko:

Dziękuję, panie przewodniczący. Czesław Pływawko. Reprezentuję Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego. Pytanie do pana ministra, dlaczego nastąpiło przesunięcie wdrożenia reformy, bo my jako związek czekamy na jak najszybsze jej wdrożenie.

Panie przewodniczący, aktualna sytuacja szpitali publicznych, takich jak nasze, robi się kryzysowa, krytyczna, ponieważ do tej pory świetnie radziliśmy sobie finansowo, natomiast w tym roku, pierwszy raz od czterech lat, musiałem skorzystać z pominię-

cia amortyzacji, żeby nie mieć straty finansowej na koniec roku. Co jeszcze uzasadnia wprowadzenie tej reformy, panie przewodniczący? Muszę przypomnieć nasze relacje, gdy w roku 2014 w moim szpitalu, czyli w Szpitalu Śląskim w Cieszynie, miał miejsce przypadek leczenia pierwszego pacjenta z podejrzeniem choroby wysoce zakaźnej Eboli. Wówczas szpital powiatowy stanął na wysokości zadania, za co pan przewodniczący był uprzejmy chwalić nas publicznie. Powiem, jaki był epilog tego wszystkiego. Panie przewodniczący, do tej pory szpitalowi nie zostało zapłacone za tego pacjenta, bo takie mamy przepisy. Gdybyśmy byli już po reformie, miałbym ryczałt, miałbym zapłacone za tego pacjenta. W związku z tym, panie przewodniczący, panie ministrze, bardzo proszę w imieniu szpitali powiatowych województw śląskiego o wdrożenie tej reformy…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowni państwo, przepraszam bardzo. Poczekamy na pana przewodniczącego Latosa. Bardzo proszę o skupienie się na pracach Komisji. Proszę, kolejny zgłaszający się. Bardzo proszę, pan.

Prezes Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Polsce Tomasz Goździkiewicz:

Tomasz Goździkiewicz, prezes Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Polsce i dyrektor największego szpitala psychiatrycznego w Polsce. Dwa pytania. Szpitali psychiatrycznych nie ma w sieci. Co, w związku z tym, robimy z pacjentami sądowymi, których mamy w szpitalach psychiatrycznych 2437, więcej niż w szpitalach więziennych? Tylko takie krótkie pytania.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jednak zasadne. Bardzo proszę, pani.

Członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi Ewa Kralkowska:

Ewa Kralkowska. Reprezentuję Naczelną Radę Lekarską. Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałabym przekazać, że Naczelna Rada Lekarska wyraża ogromne zaniepokojenie tym, co będzie po wprowadzeniu sieci szpitali w kształcie zapisanym w tym projekcie ustawy. Niestety, zmniejszy się dostęp do świadczeń zdrowotnych i prawdopodobnie wydłużą się kolejki, szczególnie w zakresie specjalistyki. Kryteria, jakie zostały zapisane w tej ustawie, czyli kryterium oddziałów i kryterium dotychczasowego funkcjonowania w systemie kontraktów z NFZ, niestety, stwarzają ogromne pole do uznaniowości. Brak jest w tych kryteriach obiektywnych parametrów, które by pozwoliły tę uznaniowość wyeliminować. Bardzo więc byśmy prosili o takie zobiektywizowanie kryteriów.

Ryczałtowe finansowanie szpitali, niestety, będzie działać demotywująco. To już było tutaj uzasadniane i my z tym się zgadzamy. Natomiast wielkość środków finansowych przekazywanych na ryczałtowe finansowanie będzie niedostateczna i oddziały, które znajdą się poza ryczałtowym finansowaniem, nawet jeżeli szpital znajdzie się w sieci, będą ulegać wygaszaniu i nie będą likwidowane administracyjnie. One po prostu same się zlikwidują z przyczyn ekonomicznych. W związku z tym prosilibyśmy pana ministra o odpowiedź na pytanie, ile pan minister przewiduje likwidacji oddziałów szpitalnych w tych szpitalach, które znajdą się w sieci. Naturalnie nie mówię o likwidacji szpitali. Taka wiadomość też byłaby ważna, bo obawiamy się, że wielu pracowników ochrony zdrowia, lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników straci pracę albo będą zmuszeni do zmiany miejsca pracy. Często połączone to będzie z ewentualną zmianą specjalności. Proszę państwa, niestety, jeśli chodzi o tę ustawę, wprowadzenie równocześnie tak ogromnych zmian organizacyjnych i finansowych jest bardo ryzykowne i boimy się, że skończy się to naprawdę dużym kłopotem, głównie dla pacjentów, dlatego że reszta podmiotów funkcjonujących w tym da sobie radę.

Chcielibyśmy zadać jeszcze takie pytanie, ponieważ z tego, co powiedział pan minister, przedstawiając ustawę, wynika, że te pieniądze, które będą wydzielone na specjalne procedury, będą wydzielone jakby z ryczałtu. Tak to zrozumiałam. Chcielibyśmy więc się dowiedzieć, ile zostanie pieniędzy na podstawowe leczenie, na interny powiatowe, chirurgie, te wszystkie oddziały, które są na pierwszej linii leczenia pacjentów, żeby pacjenci

mieli opiekę zdrowotną na wysokim poziomie, a lekarze, pielęgniarki i cały personel medyczny mogli pracować w godnych warunkach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę. Tym razem zgłoszenia po lewej stronie. Chyba pan Wójcik. Czy dobrze widziałem, że pan się zgłasza?

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Tak. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, o grzechu pierworodnym tej ustawy, czyli niedoszacowaniu tej regulacji, mówiono bardzo długo, a więc nie będę tego powtarzać. W efekcie koncentrowania się na tym, kto wejdzie do sieci, a kto nie, proszę zwrócić na to uwagę, że wszyscy są zadowoleni, że wejdą do sieci i nie przejmują się kwestią finansową, która jest kluczowa. Podnosimy finansowanie od roku 2015, natomiast od lat nie podnosi się ceny za punkt. W związku z tym ta regulacja z natury rzeczy jest skazana na porażkę ze względu na brak narzędzia finansowego.

Chciałbym zapytać pana ministra o konkret, dlatego że padają pytania o to, ile szpitali nie będzie mieć dostępu do środków publicznych. W Małopolsce na 67 podmiotów leczniczych, które aktualnie mają hospitalizację, 34 nie będzie mieć dostępu do środków publicznych. Na dzisiaj tak wynika z matematyki.

Chciałbym więc zapytać, czy nie można byłoby przewidzieć okresu przejściowego pozwalającego na to, aby… Tak, pani poseł, taka jest matematyka, 33 z 67 wchodzi do sieci, a 34 nie. Czy nie można byłoby przewidzieć okresu przejściowego pozwalającego na to, żeby pacjenci leczeni w tych 34 podmiotach mogli w sposób płynny skorzystać w jakiejś perspektywie czasowej z leczenia w innych podmiotach, bowiem mamy do czynienia z efektem siekiery? Jednego dnia ci pacjenci nie będą mogli być leczeni przez te 34 podmioty, a dostępność terytorialna i czasowa się pogorszy z oczywistych powodów. Może więc warto byłoby rozważyć jakiś okres przejściowy, pozwolić wszystkim na dostosowanie się do tych regulacji, gwarantując bezpieczeństwo pacjentów. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Widzę jeszcze pana po lewej stronie. Bardzo proszę przedstawić się.

Prezes Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych Aleksander Żurakowski:

Aleksander Żurakowski, prezes Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych. Tutaj już dużo było mówione…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jakiego stowarzyszenia, przepraszam?

Prezes Zarządu SZKI Aleksander Żurakowski:

Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych. Dzisiaj było dość dużo mówione na ten temat. Mam więc krótkie i proste pytanie.

Wydaje się nam, że zabezpieczenie zdrowotne chorób sercowo-naczyniowych jest jedną z podstawowych potrzeb „ostrych" pacjentów w całej Polsce, w małych i dużych miejscowościach. Dlatego zupełnie nie rozumiemy tego, dlaczego nie zostaliśmy uwzględnieni w sieci. Rozumiem, że głównym celem sieci jest zabezpieczenie podstawowych potrzeb ostrych (dlatego było kryterium izby przyjęć). To nie zostało uwzględnione. Była co prawda odpowiedź, że wydaje się, iż lepiej by było, gdyby kardiologia interwencyjna była w obrębie szpitali wielospecjalistycznych. Pytam więc, na jakiej podstawie ministerstwo uważa, że tak byłoby lepiej? Mamy dostępne rejestry – o tym też już było mówione – i możemy dokładnie sprawdzić, jakie są wyniki leczenia w poszczególnych placówkach i sprawdzić jakość leczenia, bo na tej zasadzie można powiedzieć, że ośrodek pana profesora Zembali w Zabrzu też jest ośrodkiem monospecjalistycznym, czyli pewnie jest gorszy niż jakakolwiek kardiologia w innym szpitalu.

Kolejne moje pytanie. Czytałem, iż Ministerstwo Zdrowia pracuje nad ustawą, która wprowadza wymóg pilotażu jakichkolwiek przyszłych ruchów w służbie zdrowia. Pyta-

nie: dlaczego nie chce tego wprowadzić w przypadku obecnej ustawy, która jest fundamentalną ustawą dla służby zdrowia? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. I bardzo proszę, pan.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA. Chciałbym powtórzyć pytanie z nadzwyczajnego posiedzenia sprzed dwóch tygodni, na które nie otrzymałem odpowiedzi. To jest pytanie zarówno do pana ministra, jak i do przeciwników tej ustawy. W jaki sposób udowodnią państwo po 12 lub 24 miesiącach, że ta ustawa miała pozytywny lub przeciwny do pozytywnego wpływ na sytuację pacjentów onkologicznych w Polsce?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Waldemar Malinowski:

Ja mam do pana ministra takie pytanie. W związku z tym, że w materiałach na stronie ministerstwa do projektu ustawy są dołączone również projekty rozporządzeń, mam pytania o projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie są dopuszczane takie możliwości, jak w § 3, że ustala się dodatkowe profile, w ramach których świadczeniodawca może udzielać świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji. Na przykład świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu pierwszego może udzielać dodatkowo świadczeń z zakresu anestezjologii i kardiologii, jeżeli spełnia dodatkowo wymagania formalne leczenia inwazyjnych ostrych zespołów wieńcowych, neurologii, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia udaru mózgu, ortopedii i traumatologii narządów ruchu itd.

Mam pytanie. Na ile jest to projekt, który wejdzie w życie? Dlaczego pewnych przepisów, które nie są uścislone w ustawie, nie można włączyć do ustawy, bo to rozporządzenie daje pewne możliwości, jakich nie ma w ustawie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Czy jeszcze ktoś z państwa? Nie widzę chętnych.

W związku z tym, że wyczerpały się głosy w dyskusji, kończymy pierwsze czytanie i przystępujemy do obradowania legislacyjnego. Jednak, w związku z licznymi prośbami o 10-minutową przerwę, taką przerwę ogłaszam do godziny 14.30.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o zajmowanie miejsc i zamknięcie drzwi. Oddaję głos ministrowi zdrowia w celu ustosunkowania się do zadanych pytań. Państwo posłowie, goście, bardzo proszę o zajęcie miejsc. Jeszcze chwila, panie ministrze.

Czy wszyscy już zajęli miejsca? Bardzo proszę, panie ministrze. Proszę o ciszę na sali... Szanowni państwo, proszę o ciszę na sali. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za wszystkie pytania. Ponieważ pan przewodniczący był łaskaw zabrać głos jako pierwszy, a potem jako ostatni, zacząłbym od skomentowania tego. W zasadzie trudno powiedzieć o pytaniach. Zadał pan jedno pytanie, wyraził jedną konkretną uwagę. Na uwagę, którą zgłosił pan na początku, jakoby był plan, żeby lista świadczeń odrębnie kontraktowych dla szpitali sieciowych była nielimitowana, chcę powiedzieć, że nie ma takiego planu. Będą zasady takie, jak dotychczas. Onkologia jest bezlimitowa z racji innych zasad. Natomiast odnośnie do pozostałych świadczeń, to nie ma żadnego planu, żeby to było realizowane w ramach bezlimitowości. Zatem ten problem, który pan zgłasza, nie istnieje.

Z drugiej strony chcę powiedzieć, bo pytał pan o konkretne świadczenia, że dzisiaj na posiedzeniu rozmawiamy o projekcie ustawy, a lista tych świadczeń, co prawda, jest zawarta w druku, który towarzyszy projektowi – akurat bez tej pozycji, o którą pan pytał – ale jest to jeszcze kwestia konsultacji. Ta lista może się wydłużyć albo skrócić. Tak, taka jest zapowiedź, taki jest plan, ale to w tej chwili nie dotyczy samego projektu ustawy.

Dużo słów powiedział pan na temat powrotu do PRL-u, do socjalizmu. Jeśli chodzi o powrót do PRL-u, to chcę zwrócić uwagę na to, że nierynkowa organizacja służby zdrowia, tak to powiem, nie jest przypisana do systemu, jaki panował w Rzeczypospolitej Ludowej. Można powiedzieć, że to jest podejście większości nowoczesnych krajów na świecie, a w szczególności Zachodniej Europy. Wydaje się, że nie ma sensu w ten sposób argumentować. Kiedy robią to jakieś tabloidy, jestem w stanie to jeszcze zrozumieć, ale kiedy takich argumentów używają poważni ludzie, którzy znają się na rzeczy, to troszkę jest nie w porządku. Kiedy jednak pan przewodniczący mówi o socjalizmie, to ja zaczynam ze zdumienia oczy otwierać. Podobnie, kiedy mówi pan o PRL-u, ponieważ urodził się pan w 1971 r. Kiedy pan miał 6 lat, ja zacząłem składać Biuletyn Informacyjny Komitetu Obrony Robotników i przez wiele lat robiłem to, najpierw w liceum, a potem na studiach. Zakładałem Niezależne Zrzeszenie Studentów. Kilka razy dostałem pałą z różnych okazji, siedziałem „na dołkach" i naprawdę o PRL-u wiem trochę więcej niż pan. Jeżeli jednak chodzi o socjalizm, to może pan wie więcej, bo w 2002 r. był pan w Sojuszu Lewicy Demokratycznej, w 2006 r. w Lewicy i Demokratach, w 2009…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam bardzo, że panu przerywam. Po pierwsze, nie byłem w Sojuszu Lewicy Demokratycznej. Nie było to treścią mojego pytania, więc proszę ad rem.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Skomentował pan, że to socjalizm, to ja mówię…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To proponuję, żeby mówił pan prawdę. Nie byłem w Sojuszu Lewicy Demokratycznej. Proszę mówić prawdę. Źle pana „zbriefowali". Proszę kontynuować.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Nie. Przeczytałem w Wikipedii przed chwilą, bo ja nie jestem specjalistą…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeden w Wikipedii, a drugi w encyklopedii…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

…od pana życiorysu. W Unii Pracy też pan nie był w 2009?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, panie ministrze, przepraszam, panie senatorze, ad rem. Bardzo pana proszę, bo obiorę panu głos.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

A w klubie poselskim Lewica w 2009?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie przewodniczący, jednak bez tego typu pogróżek. Proszę dać powiedzieć panu ministrowi i nie mówić o odbieraniu głosu…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczących, momencik…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Każdy miał swobodę wypowiedzi, również pan i pan minister, więc skończmy tę polemikę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę odpowiedzieć na pytania o sieci szpitali, panie ministrze, bo po to został pan tu zaproszony. Bardzo proszę.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak, dziękuję bardzo. Ja tylko chciałem powiedzieć, że na socjalizmie mniej się znam niż pan, ale OK.

Mówi pan o jakichś dwustu szpitalach do zamknięcia. Ja w ogóle nie wiem, o czym pan przewodniczący mówi. Pan profesor Religa – to było 10 lat temu, kawał czasu – mówił o zamykaniu szpitali. Ja o zamykaniu szpitali nie mówię. I nie mówię nie dlatego, że nie chcę powiedzieć, które szpitale mamy zamiar zamknąć, tylko dlatego, że nie planujemy zamykania szpitali, bo sieć, te słynne 91 do 9, to jest wynik, a nie plan. 91% wartości świadczeń wykonywanych w tych szpitalach, które spełniają kryteria opisywane jako podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, to jest właśnie to, co było dotychczas. Nic tu się nie zmienia. Nikt nie zamyka żadnych szpitali.

Przy okazji chcę jednak zwrócić uwagę na to, że na niecałe 1100 szpitali, które w Polsce są zarejestrowane, ponad 80 to szpitale liczące mniej niż 20 łóżek, a 26 szpitali w Polsce ma mniej niż 5 łóżek, a są też takie, które mają jedno łóżko. Jeżeli te szpitale liczymy jeden do jednego ze szpitalem w Grudziądzu, który ma 1000 łóżek, to jest to troszkę mało arytmetyczne, tak bym powiedział. Jest coś takiego, jak ważenie. Jeżeli więc spojrzymy na to, czy jest jakieś ryzyko, że z polskiego krajobrazu medycznego znikną jakieś łóżka, to owszem. Jest to jednak jakiś promil, dlatego że w ogóle nie ma takiego założenia, żeby zmniejszyć liczbę zamawianych świadczeń, a przecież te świadczenia będą wykonywane na tej samej bazie, która była dotychczas.

Zarówno pan przewodniczący, jak i jeszcze ktoś inny, dopytywali się o rozbieżności w klubie Prawa i Sprawiedliwości, o moją rozmowę z panem premierem Gowinem. Proszę państwa, nie było żadnego porozumienia coś za coś, tylko po prostu dyskutowaliśmy do ostatniej chwili. I dzisiaj ci, którzy mogli obejrzeć telewizję, dostrzegli, że doszliśmy do porozumienia w sprawach, które wymagały doprecyzowania, a w szczególności w kwestii, o której mówił pan poseł Dziuba, czyli jednoznacznego opisania, w jaki sposób ma działać ryczałt w stosunku do szpitali.

Ryczałt. Chciałbym już odpowiedzieć kilku osobom. Jako ostatni pytał o to pan poseł Ostrowski, czy to nie jest działanie antymotywacyjne. Oczywiście, nie, dlatego, że ryczałt ma to do siebie, że nie likwiduje, tyko spłaszcza zainteresowanie wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej na zasadzie poszukiwania kolejnych procedur do wykonania, a to można powiedzieć jest elementarz funkcjonowania czy finansowania służby zdrowia. Jeżeli finansowanie odbywa się bezpośrednio i jest zogniskowane na wykonanie procedur, to występuje tendencja – wszyscy, którzy tym się zajmują, to wiedzą – do nadwykonywania procedur, szczególnie tych, które są lepiej wycenione. Odpowiadam od razu, bo też były takie pytania, nie tylko chodzi o wycenę. Chodzi także o ryzyko wykonania tych świadczeń czy procedur, o ryzyko odpowiedzialności zawodowej, o to, jak długo potem pacjent będzie leżał itd.

Niestety, można zgodzić się z kilkoma głosami, że dzisiaj szczególnie kłopotliwi dla wielu szpitali i niechętnie przyjmowani są pacjenci w starszym wieku, z wielochorobowością itd. To oczywiście trzeba zmienić. I to, między innymi, zmienia ryczałt, ponieważ wprowadza większą elastyczność i możliwość przenoszenia pacjenta z jednego profilu do drugiego bez ryzyka popadania w nadwykonania z jednej strony, albo niedowykonania z drugiej. To jest coś, co chcemy zredukować.

Od razu wypada też powiedzieć, że w międzyczasie była kontynuacja pytania zadanego przez pana Fedorowskiego z Polskiej Federacji Szpitali o koordynację. To jest nowoczesny kierunek – nie szpitale podzielone na oddziały, tylko szpitale wieloprofilowe, które mają nieomal otwartą przestrzeń. To jest nowoczesność. To jest innowacja. Tak wyglądają szpitale w krajach, na które patrzymy z zazdrością, nie podzielone na oddziały, oddzialiki i pododdzialiki, tylko przeciwnie, zajmujące się pacjentem w sposób kompleksowy. I to, między innymi, wychodzi naprzeciw potrzebom osób starszych.

Szanowni państwo, teraz, jeżeli można, postaram się odpowiadać w telegraficznym skrócie, prosząc ewentualnie o dodatkową interwencję pana ministra Gryzę, jeśli trzeba będzie coś dodać. Pan przewodniczący Latos powiedział coś, co – moim zdaniem – jest fundamentalne dla naszych rozważań. Proszę państwa, jest źle i potrzeba zmian. Gdyby nie było źle, gdyby nie było tak, że wszyscy narzekają, to w ogóle nie zabieralibyśmy się

za tę reformę. A jest źle. Wiedzą o tym zarówno przyszli pacjenci, jak i pacjenci, personel, w zasadzie wszystkie zawody, wszystkie organizacje świadczeniodawców, pracodawców, a także jednostki samorządu terytorialnego, które są właścicielami szpitali. Wszyscy wiedzą, że jest źle. Trzeba więc dokonać tej zmiany.

W którym kierunku iść? Proszę państwa, idziemy w tym kierunku, w którym idzie świat. To nie jest coś, co jest wymyślone. Tu znowu wychodzę naprzeciw kilku pytaniom, jak to jest, czy my na czymś się wzorujemy, czy to sami wymyśliliśmy. Nie, proszę państwa. Sieć szpitali to normalność w większości krajów Europy Zachodniej. To my po prostu 30 lat temu tak zachwyciliśmy się, zachłysnęliśmy się wolnym rynkiem, że uważamy, że on rozwiąże wszystkie problemy życia społeczno-gospodarczego. Gospodarczego – tak, chociaż można powiedzieć, że interwencja państwa w rynek po stronie gospodarki też nie jest mała, zwłaszcza w Unii Europejskiej. Jednak, proszę państwa, wiele przepisów unijnych, zaczynając na przykład od dyrektywy tak zwanej usługowej, jak również regulacje wewnątrz państw członkowskich powodują oddzielenie tego, co dzieje się w służbie zdrowia od działania rynku. Rynek nie jest dobrym regulatorem w służbie zdrowia z bardzo prostego powodu. Dlatego, że mamy trzy strony: pacjenta, świadczeniodawcę i płatnika. To nie jest normalny rynek, bo na normalnym rynku to klient decyduje o korzystaniu z takiej czy innej usługi, dlatego że za nią płaci. A tutaj jest zupełnie inaczej. Pomijając już asymetrię informacji, kwestia oceny, gdzie jest lepiej, a gdzie jest gorzej, jest bardzo trudna.

Pani przewodnicząca Malecka-Libera też mówiła o socjalizmie. Postawiła także ważny zarzut, że projektowana ustawa wyklucza kwestie jakości i efektywności. Proszę państwa, gdzie są wskaźniki jakości i efektywności w naszym systemie służby zdrowia? Nie ma ich. Niestety, nie ma czym tego mierzyć. I nie jest tak, że to my jesteśmy w powijakach, jak powiedziała pani przewodnicząca, jeżeli chodzi o ustawę o jakości opieki i bezpieczeństwie, tylko po prostu zaczęliśmy to robić. To już nie są powijaki, bo jesteśmy po konsultacjach publicznych projektu założeń. Jest to więc zaawansowany etap legislacji, proszę państwa. Chcemy to zrobić. Chcemy doprowadzić do tego, żeby były dwa poziomy jakości. Pierwszy, podstawowy, a drugim będzie akredytacja powszechna, od której będzie zależeć wynagrodzenie. Chcemy tak zrobić, ale dzisiaj nie ma takich narzędzi. Wprowadzenie więc tego jako jakiegoś warunku udzielania świadczeń w sieci, jakby się okazało, jest po prostu nie do zrealizowania. I ci wszyscy, którzy przede mną byli za to odpowiedzialni – jak pan przewodniczący i inni obecni tu na sali – o tym wiedzą. To jest coś, co musimy zrobić. To jest wielkie wyzwanie dla Polski. Niemniej zwracam uwagę również na to, że jakieś elementy jakości są, bo nie można powiedzieć, że rozporządzenia koszykowe nie wprowadzają takiego elementu, jakim są wymogi, prawda? A z kolei, w naszej propozycji chcemy, aby ryczałt w niewielkim stopniu był modyfikowany w górę dla tych, którzy posiadają akredytację Centrum Monitorowania Jakości. To też jest ważny element, który pokazuje, że o jakości staramy się myśleć. Proszę jednak wybaczyć, nie jest to do zrealizowania w pełni, tak jak w niektórych krajach, chociaż też trzeba powiedzieć, że w tym zakresie na świecie wcale nie jest dobrze, dlatego że mierniki jakości, a zwłaszcza rezultatów w służbie zdrowia, wcale nie są proste. Mierników rezultatów można szukać ze świecą. Tylko w niewielu dziedzinach można je znaleźć.

Wiele osób, w tym pani przewodnicząca Małecka-Libera, mówiła o osobach starszych, o geriatrii. Proszę państwa, zwracam uwagę na to, że oczywiście można widzieć rozwiązywanie problemów osób starszych, w podeszłym wieku, poprzez pryzmat geriatrii, i są tacy na tej sali, którzy do tego się skłaniają. Zwracam jednak uwagę, po pierwsze, że wobec dwustu kilkudziesięciu aktywnych geriatrów w Polsce jest to marzenie ściętej głowy, choćby z tego powodu. Poza tym jest to podejście zupełnie nieświatowe, bo na świecie, jeśli gdzieniegdzie istnieją oddziały geriatryczne, to raczej są to kliniki, które są przeznaczone przede wszystkim na szkolenie geriatrów, ale także lekarzy, pielęgniarek, położnych i profesjonalistów medycznych innych specjalności w zakresie opieki czy wyjątkowości opieki nad osobami starszymi, ale tylko po to, proszę państwa. Natomiast, po pierwsze, pacjentów w starszym wieku nie należy trzymać w szpitalach, więc w ogóle idea oddziałów geriatrycznych, których sieć powinna pokryć Polskę, jest niedobra, bo tych pacjentów trzeba trzymać jak najdalej od szpitala i ewentualnie tylko zająć

się nimi w szpitalu. Jednocześnie w każdym szpitalu powinien być geriatra konsultant innych specjalności, a także poza szpitalem, dla podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak powinni to być konsultanci, a nie sieć szpitali. Zwracam na to uwagę. Zwracam uwagę również na to, że duża część, a w zasadzie cała geriatria, jest do rozliczenia, patrząc od strony fiskalnej, na oddziałach internistycznych – czyli, te procedury mogą być tutaj rozliczone – a także, co bardzo ważne, w przyszpitalnej poradni, gdzie może być geriatra dla pacjenta, który jest wypisywany do domu. I to – moim zdaniem – jest właściwy kierunek, oczywiście, w tych szpitalach, gdzie geriatra jest, bo niestety, jak mówiłem, mamy ich za mało. W jakim sensie nacisk, w tym modyfikowanie ryczałtu w górę dla tych szpitali, które w sieci będą kłaść większy nacisk na opiekę ambulatoryjną w poradniach przyszpitalnych, jest właśnie wyjściem naprzeciw potrzebom osób starszych.

Pan minister Kosiniak-Kamysz mówił bardzo politycznie, to ja też pozwolę sobie troszeczkę politycznie. Zwracam uwagę na to, bo mówił pan o strukturach PiS, które coś sygnalizują. Proponuję, żeby pan przewodniczący skupił się raczej na swojej partii. A jeżeliby skupił się pan na swojej partii, to proszę zauważyć, że Polskie Stronnictwo Ludowe rządzi w bardzo wielu powiatach, gdzie szpitale upadają. Proszę słuchać też tych, którzy mówią właśnie… Te szpitale powiatowe, o które pan tak się martwi. Sieć, to dla nich ratunek. Proszę państwa, to jest ratunek przede wszystkim dla pacjentów, który mieszkają w tych powiatach, ale też ratunek dla tych powiatowych szpitali, właśnie dla nich. Zwracam na to bardzo mocno uwagę, bo gdyby dzisiaj ogłosić konkurs, to nie wiem, jaka część, bo to trudno przewidzieć… Tak jak nie daję nikomu gwarancji, że wchodzi do sieci, tak nie dam sobie obciąć ręki za to, że stałoby się to, czy tamto, gdyby ogłosić konkurs, ale z całą pewnością duża część tych szpitali… Po mojej stronie wypowiadał się pan reprezentujący szpitale powiatowe na Śląsku. Mówił: „szybciej róbcie tę sieć, bo po prostu konkurujemy". A gdyby, nie daj Boże, ogłosić konkurs otwarty, to te szpitale straciłyby większość z tego, czym żyją. To jest też kwestia pewnego rodzaju imponderabiliów w zakresie bytu szpitali, właśnie powiatowych, tych o charakterze podstawowym. Można powiedzieć, że poziomy specjalistyczne jakoś by sobie dały radę, natomiast podstawowe – pierwszy, drugi i trzeci, a zwłaszcza pierwszy stopień – na pewno nie dałyby sobie rady w warunkach konkurencji, która mogłaby wystąpić w takiej sytuacji.

Jeśli pan mówi, panie przewodniczący, że o 9-procentową część środków startują wszyscy, to są pana słowa, to chcę powiedzieć, że nie mogą wszyscy wystartować. To są pana słowa. Ja tak to zapisałem. Nie. Wszyscy wystartują, powiedział pan, wobec tego duża część przegra. Chciałbym otóż przypomnieć, bo warto pochylić się nad projektem ustawy, że w ustawie jest wprost napisane, że w konkursach na zakresy, które są pokryte siecią, nie mogą wystartować ci, którzy już są w sieci. Nie wystartują więc wszyscy, tylko ci, którzy w sieci nie są. A zwracam uwagę na to, co powiedziałem, 91 do 9 to jest stan zastany, faktyczny. Nie ma więc żadnego powodu, żeby w przypadku świadczeniodawcy, który pełni ważną rolę w danym obszarze, udziela świadczeń, które są istotne i dzisiaj pracuje pełną parą, popyt na jego świadczenia raptem ustał. Nie ma takiej możliwości. Zatem prawdziwe szpitale, a nie te jednołóżkowe, jednodniowe, w tym konkursie znajdą się bardzo dobrze. Wygrają konkurs i będą robić to, co dotychczas.

Jeżeli pan rozwija tu przed nami jakiś Armagedon w postaci zwalnianych dziesiątek tysięcy osób, to są pana słowa, ze szpitali, które zlikwidujemy, to właściwie nie wiem, jak zareagować na takie słowa. Jeszcze pan coś mówi o stażystach i rezydentach, których będziemy zwalniać. Na miłość boską, trzymajmy się rzeczywistości, ziemi, nie unośmy się nad powierzchnią. Jak z czymś takim polemizować? Karczowanie szpitali, już ktoś to panu wypomniał. Pan poseł. Dziękuję bardzo. Jak tak można?

Konsultacje. Były konsultacje, bardzo długo. Chcę panu powiedzieć – bo nie wiem, czy pan przewodniczący o tym wie – że Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego zaopiniowała ten projekt pozytywnie. Dlaczego? Dlatego, że tam właśnie widzą, jak istotne jest to rozwiązanie dla publicznych szpitali będących własnością jednostek samorządu terytorialnego. Już nie będę wypominać tego, że nie ogląda pan telewizji i nie wiedział pan o tym, że razem z panem premierem Gowinem ogłosiliśmy, jak wygląda sytuacja.

Okrągły stół. Wzywa pan do okrągłego stołu. Okrągły stół był za ministra Balickiego. Biały szczyt był w czasach, kiedy już pan był u władzy i jakoś nie widać skutków tego. Po prostu konsultujemy, rozmawiamy, ale to nie znaczy, że będziemy siedzieć i radzić w nieskończoność.

Pani premier Kopacz mówiła o jakichś obliczeniach, które pojawiły się ostatnio w jednej z gazet, że jeśli szpital będzie robić więcej, to dostanie mniej. Proszę państwa, ja nie wiem, skąd te wyliczenia. Chyba komuś pomyliły się znaki, plus z minusem. Po prostu to nieprawda. Oczywiście, że szpital – już poważnie – który będzie wykonywać za mało świadczeń, dostanie mniej. Odnośnie do tego nie ma żadnych wątpliwości. Jeśli będzie wykonywać więcej niż przewidziano, to dostanie więcej, ale oczywiście stawka będzie degresywna, bo inaczej, proszę państwa, byśmy popłynęli, tak jak teraz. Jednak, to nie jest żadna zmiana, bo tak jest dzisiaj, z możliwością elastycznego przenoszenia z jednego zakresu do drugiego. A przy okazji chciałbym powiedzieć, że kilka dni temu miałem okazję przeczytać – państwo też, a niektórzy pewnie trochę się zdenerwowali – że nie kto inny, tylko pan Paweł Orłowski, wicemarszałek województwa pomorskiego z Platformy Obywatelskiej powiedział wprost „My się sieci nie boimy, pacjenci mogą się czuć bezpiecznie. Pomorskie szpitale są przygotowane do wejścia w życie ustawy o sieci. W naszym regionie nie będzie zamieszania”. Proszę państwa, jeżeli ja czytam wypowiedź polityka z partii opozycyjnej, odpowiedzialnego za zdrowie, bo to jest wicemarszałek odpowiedzialny za zdrowie, to robię to z uwagą, bo rzeczywiście niekiedy można stracić grunt pod nogami pod tą totalną krytyką. Okazuje się jednak, że ludzie, którzy bezpośrednio siedzą w temacie, oceniają te projekty inaczej. Oczywiście, podejmują trudne decyzje.

Dziękuję tym, którzy chwalą mnie za odwagę. To nie o to chodzi, ale rzeczywiście, jeżeli chcemy coś zmienić, a trzeba zmienić, to troszkę odwagi potrzeba. I pan marszałek też tam zmienia, narażając się zresztą na krytykę, bo jakiś szpital połączą z drugim.

Pan przewodniczący Ruciński polemizował z tym, mówiąc, że oprócz sieci i nowych konkursów są aneksy, które mogłyby być lepsze i że aneks jest umową. Proszę państwa, oczywiście jest umową, obie strony muszą się na to zgodzić. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że jest zasadnicza różnica. Otóż, aneks to jest po prostu utrwalenie tych umów, które są, ze wszystkimi już wcześniej krytykowanymi rozwiązaniami polegającymi na tym, że pierwsi mają to, a drudzy nigdy nie wchodzą na ten rynek, a poza tym ze wszystkimi konsekwencjami tego rozproszenia, z jakim mamy do czynienia, bo w międzyczasie ta aneksowa sytuacja, tak bym powiedział, jest uzupełniana konkursami. Można by powiedzieć, że w zasadzie nie mamy już do czynienia z systemem, który ktoś planuje.

Ktoś z posłów, pani przewodnicząca Małecka Libera, nawiązywał do mapy potrzeb zdrowotnych. To już zupełnie się rozjeżdża. Zatem musimy wprowadzić takie rozwiązanie, które w jakiś nowy sposób ureguluje te sprawy.

Zastanawiał się pan, czy płatnik jest przygotowany na kontraktowanie. Mogę powiedzieć, że jest przygotowany. I temu, między innymi, będzie służyć – niestety, mimo niektórych głosów nawołujących, żeby szybciej – odsunięcie tego o 3 miesiące w stosunku do pierwotnego pomysłu.

Pani poseł Kołodziej w zasadzie odpowiedziałem. Kwestia geriatrii. Oczywiście, w niektórych przypadkach jest możliwość – i wiedzą państwo o tym, że prawdopodobnie tak się stanie, bo też chcemy spokoju społecznego – że niektóre szpitale wyspecjalizowane jednoprofilowo, jak geriatryczne, mogą wejść do sieci na zasadzie decyzji indywidualnej. Pewnie tak się stanie, ale to nie cofa tego wszystkiego, co powiedziałem o moim podejściu do kwestii geriatrii.

Pani marszałek Radziszewska mówiła…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli mogę prosić pana ministra o lekkie skrócenie odpowiedzi. Prosimy oczywiście o ich udzielenie, ale starając się je kondensować. Dziękuję.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dobrze. Skracam, kondensuję. Tu w zasadzie nie było pytania, oprócz tego, że było o chłopach pańszczyźnianych i cudach…

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Panie ministrze, były pytania. To, że pan ich nie zanotował, jest inną kwestią, ale pytania były. Proszę zapytać…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Przepraszam, pytała pani o bezpieczeństwo pacjentów pod kątem tego, co będzie ze świadczeniodawcami, którzy nie znajdą się w sieci. Po raz kolejny mogę powiedzcie, że w zasadzie ci, którzy nie znajdą się w sieci, to w tej sieci dzisiaj się nie znajdują, w tak rozumianym obrysowaniu świadczeniodawców. Znajdują się poza. W tych 3 mld zł, które są poza. I znajdą się tam. Bezpieczeństwo pacjentów będzie zapewnione. Nie ma tu żadnego problemu.

Jeszcze pan minister Gryza zanotował pytanie pani poseł.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Pani poseł Radziszewska pytała, czy jest jakiś rejon, gdzie nie ma zabezpieczenia szpitalnego. Nie ma takiego rejonu i nie ma takiego powiatu.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo. Jeżeli chodzi o wypowiedź pani poseł Nykiel, to muszę powiedzieć, że byłem trochę zdumiony, bo tak nie można. Ja mówiłem, że nikt z lobbystów się nie zarejestrował, a pani poseł wypowiadała się – przepraszam, że tak osobiście – jak osoba z zarządu firmy, o której pani mówiła, konkretnej prywatnej jednostki w Bielsku-Białej. Mówiła pani o wynikach finansowych tej jednostki i zakończyła prośbą o uwzględnienie tej jednostki w sieci. Tak po prostu nie można. Ta ustawa jest dla pacjentów, a nie dla prywatnych, ale i nie prywatnych… Wszystko jedno, w ogóle jest dla pacjentów.

Dziękuję bardzo panu posłowi, profesorowi Zembali za głos rozsądku. To było bardzo ważne. Naprawdę, dość tego straszenia. Zanotowałem bardzo ważne rzeczy. Pan profesor mówił, że nie wszyscy powinni robić wszystko. To jest niezwykle ważne. My mamy taką tendencję, niestety, która czasem bardzo przybliża świadczeniodawcę do pacjenta, bo on ma do niego tylko 5 km, ale przecież w leczeniu ważniejsza jest jakość. To jest ważne. Czasem wyspecjalizowanie się w określonych procedurach jest kwestią bezpieczeństwa pacjentów. Mówił pan profesor o amerykańskim systemie oceny inwestycji w służbie zdrowia. To jest niesłychanie ważne. My to już wprowadziliśmy. To jest IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Mówił pan o krajach Unii Europejskiej, w większości których – potwierdzam to jeszcze raz – jest sieć, tak czy inaczej rozumiana. Kiedy czytamy o niektórych rozwiązaniach, na przykład, niemieckich, to jest prawie to samo, co my planujemy – poziomy podstawowe, a następnie specjalistyczne.

Dziękuję również za określenie tego, co robimy, jako stabilizację. To jest bardzo ważne. Proszę państwa, naprawdę dla przytłaczającej większości szpitali mierzonych ich wielkością, a nie liczbą – chociaż liczbą też – jest to kwestia być albo nie być. Bardzo dziękuję, panie profesorze.

Pani poseł Dziuk mówiła właśnie o tym miejscu, z którego wychodzimy. Jest źle, jest bałagan, trzeba więc coś zrobić. Aneksowanie, którym dotychczas się posługiwaliśmy – my też, tak jak państwo rządzący przed nami – to jest proteza tymczasowa. My po prostu musimy uporządkować ten system.

Ręczne sterowanie. Tak, proszę państwa, było ręczne sterowanie. Przecież wiemy o tym, łącznie z poleceniem zawarcia umowy wiceministra, który wysyłał to do Funduszu, a to pacjenci są najważniejsi.

Pani poseł Gelert. Duża część pani wypowiedzi była poświęcona w zasadzie podstawowej opiece zdrowotnej. Przypominam, że jesteśmy w tej chwili po konsultacjach publicznych projektu ustawy. Jest bardzo dużo zmian. Dyskutujemy nad nimi i już niedługo będziemy się z tym zgłaszać. Potwierdzam i dziękuję za zawrócenie uwagi na to, że to jest druga, bardzo ważna noga systemu.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Zabezpieczenie anestezjologiczne na pierwszym poziomie, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak. To jest kwestia tego, że gdybyśmy wymagali od szpitali pierwszego poziomu istnienia OIOM-u, to 100 szpitali wypadłoby z sieci. Proszę państwa, to jest dowód na to, że zawieramy kompromisy między tym, co trzeba, a tym, co można.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Może jeszcze dodam. W projekcie rozporządzenia dodajemy rozliczenie świadczeń intensywnej terapii, jeśli szpital posiada teraz OIOM w pierwszym stopniu. Jest to projekt samej regulacji rozporządzenia ministra zdrowia.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Pan poseł Hok. Przepraszam, znowu mówi pan o masowych likwidacjach kilkuset szpitali, o tym, co będzie z mieniem, z pracownikami. Nie ma takiego problemu. Nie będzie go. Tak, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

W wypowiedzi pana posła Hoka była pewna niezręczność. Mianowicie, sieć, a właściwie system zabezpieczenia, jest budowany na okres czterech lat. Natomiast, okresy rozliczeniowe są nie dłuższe niż rok. I to przebija w mediach, i w tych wypowiedziach. To trzeba z pełną mocą podkreślić. Na każdy okres rozliczeniowy działa mechanizm budowania nowego planu finansowego.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję za pytanie ze strony pana posła Ostrowskiego dotyczące ryczałtu. Dobrze, żebyśmy wszyscy sobie zdawali z tego sprawę. Ryczałt, może nazwa nie jest zbyt szczęśliwa, bo to brzmi tak, jakby to była jedna, niezmienna kwota. Tak nie jest. Ryczałt będzie zmieniać się w zależności od aktywności – o tym już mówiłem – ale również ten ryczałt, a właściwie to trochę już mityczne 91%, zawiera także te środki, które są przeznaczone na wynagrodzenie za wykonywanie świadczeń odrębnie kontraktowanych, które są na liście w rozporządzeniu towarzyszącym.

Co to oznacza w praktyce, proszę państwa? To, że jeżeli skonstruujemy to rozporządzenie mniej więcej tak, jak jest zapowiedziane, plus to, o czym mówiłem na początku naszego dzisiejszego posiedzenia, to około 40% środków z tych 91% będzie przeznaczonych na świadczenia kontraktowane za sztukę. Tylko 60% to będzie prawdziwy ryczałt, który też będzie elastyczny. W niektórych szpitalach te proporcje będą nawet odwrotne. Na przykład w szpitalu onkologicznym, ponieważ procedury związane z Kartą DILO (chemioterapia, radioterapia) są na liście odrębnie kontraktowanej, ryczałt będzie tylko niewielką częścią wynagrodzenia. A zatem nie ma mowy o tym, aby to było antymotywacyjne…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Może jeszcze dodam, że to samo dotyczy szpitali położniczych.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Oczywiście. W szpitalach położniczych z porodami jest tak samo.

I wreszcie, jeżeli chodzi o gości Komisji, w zasadzie była to odpowiedź na pytania pana Macieja Piróga o to, gdzie znajdują się środki na świadczenia odrębnie kontraktowane. W tych 91%, a nie w 9%. Bardzo mocno to podkreślam. Właściwie nie za bardzo wiem, dlaczego miałbym odpowiadać państwu, którzy tutaj przedstawili się jako osoby reprezentujące konkretne firmy. Panie przewodniczący, proszę mnie z tego zwolnić, bo ja uważam, że…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Zwalniam pana.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do procesu legislacyjnego. Chciałbym tylko zaznaczyć, panie ministrze…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, to było kilka osób, ale chciałbym jeszcze odpowiedzieć kilku osobom. Już naprawdę zbliżam się do końca.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę odpowiedzieć na pytanie o psychiatrię i pacjentów sądowych. Do tego proszę się odnieść.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak, pamiętam o tym. Po pierwsze, pan przewodniczący Fedorowski słusznie zwrócił uwagę na koordynację. Krótkie pytanie i krótka odpowiedź: tak, to jest ten kierunek. Koordynacja zarówno opieki wewnątrzszpitalnej – to oznacza właśnie otwarte przestrzenie, możliwość realizowania kontraktów w profilach, a także w profilach poszerzonych, wiedzą państwo, o czym mówię – a także w opiece ambulatoryjnej, a potem w rehabilitacji, to jest pierwszy krok. To nie załatwia sprawy, ale to jest ten krok. Na pewno tego chcemy.

Dziękuję za głos pana starosty Tymuły…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Tego z Mielca.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Pana starosty Tymuły ze starostwa w Mielcu. Tak. Dziękuję również za głos pani przewodniczącej Ochman. Przepraszam, ale to jest pewien kompromis. To znaczy, my naprawdę pracowaliśmy wspólnie. Jest wiele zmian, które zostały dokonane.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, psychiatria.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak, już przeskakuję, panie przewodniczący. Jeżeli chodzi o psychiatrie sądową, to odpowiedź jest bardzo prosta. Będzie tak, jak dotychczas. I tak samo z konkursowaniem, bo pan Piróg też pytał, jak z nim będzie. Ono będzie się odbywać na tych samych zasadach, jak dotychczas. Nic nie zmieniamy. Nie zmieniamy również nic, jeśli chodzi o psychiatrię sądową. To w ogóle nijak się ma do tej sprawy.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Warto dodać, że w projekcie ustawy znajduje się przepis mówiący o ansksowaniu umów na psychiatrię do połowy roku 2018.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

I ważna rzecz, jak myślę, którą zgłosił pan Wiśniewski z Fundacji ALIVIA. Kwestia monitoringu ustawy. Czy zamierzamy to robić? Oczywiście, tak. To jest zupełnie jasne, że wkraczamy na drogę innowacji. W ogóle dzisiaj dobrą praktyką jest obserwowanie tego, co się dzieje, jakie są skutki. Taki monitoring oczywiście będziemy prowadzić. Nie chcę w tej chwili mówić o szczegółach, ale na pewno będziemy chcieli to zrobić. I na pewno ten pierwszy okres czteroletni… Słyszałem takie wezwanie, żeby on był dłuższy. Właśnie po to, między innymi, jest krótszy i prawdopodobnie krótsze będą również okresy rozlicznie, żeby to monitorować. To tyle, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, za sekundę przystąpimy do procesu legislacyjnego. Chciałbym tylko jedno zdanie dopowiedzieć, bo pan minister tutaj przytaczał słowa wicemarszałka województwa pomorskiego. Proponowałbym, panie ministrze, żeby pan minister wyjaśnił jedną sprawę. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, pan Jerzy Szafranowicz, 6 marca poinformował, że w województwie śląskim do sieci wejdzie 96 świadczeniodawców, a 72 nie. To zdecydujcie się panowie. To jest przecież przez pana powołany szef NFZ, który informuje, że według projektu 72 szpitale nie wejdą do sieci szpitali.

Jeszcze pan poseł Kamysz ad vocem, ale już naprawdę króciutko. Pani poseł i pani poseł Gelert po pół minuty i przystępujemy do pracy legislacyjnej.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, pan minister bardzo często używał sformułowania „tak nie można”. W pełni się zgadzam, panie ministrze. Tak, jak pan odpowiadał na te pytania, tak nie można. Szkoda, że nie odniósł się pan do konkretnych spraw zawartych w naszych pytaniach. Mówię o posłach, ale też, na przykład, o organizacji panu bardzo bliskiej, Naczelnej Radzie Lekarskiej, w imieniu której była zadana seria pytań.

Rozmawialiśmy o polityce, to prawda. Trudno nie rozmawiać i trudno nie mieć wątpliwości, jeżeli wicepremier Gowin miał wątpliwości. To, że teraz doszli panowie do porozumienia nie zmienia faktu, że na posiedzeniu rządu, który rekomenduje tę ustawę, wicepremier rządu miał inne zdanie i zgłosił zdanie odrębne. To zdanie odrębne już nie może być wycofane, bo ta ustawa już przeszła przez rząd i jest własnością parlamentu. Możecie dojść do porozumienia politycznego, oczywiście, ale nie można już wycofać tego stanowiska, zdania odrębnego na posiedzeniu rządu.

Mówiłem w swoim pytaniu – chyba nieprecyzyjnie zostałem zrozumiany, więc je powtórzę i poproszę o odpowiedź na piśmie – o rezydentach odbywających swoją rezydenturę w oddziałach, które mogą być zlikwidowane. Chyba że pan mnie zapewni, że żaden oddział w Polsce nie zostanie zlikwidowany. Jeśli dostanę takie zapewnienie, to będę bardzo zobowiązany, panie ministrze, i nie będę już upominać się o rezydentów. Inaczej, w dalszym ciągu będę się o nich upominał. Nie wspomnę już o pytaniu o środki europejskie, odnośnie do którego pan się nawet nie zająknął, i co z trwałością projektów, w które zostały zainwestowane wielkie pieniądze.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, sekundę…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Już kończę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Drogie panie, słyszę i widzę waszą gestykulację, że minister musi kończyć. Ma jednak rację.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Miało być 30 sekund.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze, już kończymy.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Nie nadużywam cierpliwości pana przewodniczącego ani Komisji, więc kończę. Odnośnie do samorządowców, to prawda, Polskie Stronnictwo Ludowe jest dużo silniejsze w samorządach i tam reprezentujemy i dbamy dobrze o polskie szpitale. I proszę nie opowiadać bzdur, panie ministrze, że samorządowcy z PSL zamykają dzisiaj szpitale, bo to jest kompletna nieprawda.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Kołodziej króciutko.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

To szkoda, panie pośle, że nie dbaliście, kiedy mieliście okazję ku temu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo, czy ja mógłbym poprowadzić…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

…kiedy rządziliście. Mieliście na to 8 lat.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo, pani poseł. Czy mogę poprowadzić posiedzenie Komisji, czy pani chce zająć moje miejsce? Jeśli pani chce je zająć, macie ku temu narzędzia w każdej chwili. Bardzo proszę, pani poseł Kołodziej króciutko.

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Cieszę się, że pan przewodniczący przytoczył słowa pana Szafranowicza, dyrektora Śląskiego NFZ-etu. Tak, blisko połowa szpitali na Śląsku zniknie z mapy Śląska. Proszę się nie dziwić Ślązakom, że są przejęci i poruszeni tym faktem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo.

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Jeszcze jedno. Zwracam się do pana ministra. Panie ministrze, pan nie odpowiedział na dwa moje pytania, które uważam za ważne. Chodziło mi o reumatologię, bo z jednej strony zrobiliście ukłon, że wpisaliście ją do ustawy, ale z drugiej strony, wprowadziliście takie obostrzenia, że ona nie będzie mogła samodzielnie funkcjonować. Bardzo proszę, żeby pan minister odniósł się do tego pytania.

Zadałam jeszcze bardzo konkretne pytanie. Pozwolę je sobie powtórzyć. Ono jest krótkie. Czy szpital kwalifikujący się do pierwszego poziomu, który ma w swojej strukturze oddziały z innego poziomu, jak na przykład neurologię z oddziałem udarowym, okulistykę, hematologię, będzie mieć pewność kontraktu na poziomie roku 2015? Czy będzie mieć ten sam ryczałt? Bardzo proszę odnieść się wprost do tego pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Ja mimo wszystko, panie ministrze, chciałabym zwrócić uwagę na brak zabezpieczenia anestezjologii i intensywnej terapii w pierwszym typie szpitali, ponieważ, proszę państwa, w tej chwili wszystkie szpitale powiatowe mają 2 łóżka czy 4, ale mają…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Chwileczkę. Jeżeli nie będzie takiego obowiązku, to co wówczas będzie. I druga sprawa. Nie odpowiedział pan również na pytanie dotyczące rehabilitacji i tych szpitali w każdym województwie oraz kryteriów, jakimi będą się państwo posługiwać przy zapewnieniu AOS-ów i rehabilitacji dla sieci. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Radziszewska.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Panie przewodniczący, ja w kwestii formalnej. Chciałabym zapytać, czy zaczynamy drugą rundę pytań? Może wtedy wszyscy się zapiszemy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie, to jest w formule ad vocem. Już kończymy tę formułę, bo przystępujemy do procesu legislacyjnego. Pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja bardzo żałuję, że pan minister odpowiedział na pytania, których nie było, a nie odpowiedział na te, które były. Nie będę ich powtarzać. Proszę o analizę mojej wypowiedzi przez pana współpracowników i udzielenie odpowiedzi na piśmie. Nie będzie jakoś, panie ministrze, jest realne zagrożenie. Dlatego proszę konkretnie odpowiedzieć na pytania, które zadałam.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę pana ministra o przygotowanie na piśmie odpowiedzi na pytania, na które nie została udzielona odpowiedź w czasie naszej dyskusji.

Zamykam pierwsze czytanie. Przystępujemy do procesu legislacyjnego. Proszę przygotować karty do głosowania. Czy wszyscy są gotowi? To czekamy. Przypominałem na początku posiedzenia Komisji, że będziemy głosować przy pomocy kart. Czy wszyscy państwo są gotowi? Czy możemy zaczynać? Bardzo proszę.

Tytuł ustawy. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Moment, mamy kłopot. Maszyna nie działa. Momencik. Powtarzamy głosowanie.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 14 posłów za, 5 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Tytuł ustawy przyjęty.

Art. 1, zmiana pierwsza. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, my do projektu ustawy przedstawiliśmy Komisji 9 poprawek. One są powielone i dostępne w sekretariacie. Do zmiany pierwszej proponujemy dwie poprawki, nr 1 i 2. To są poprawki o charakterze legislacyjno-redakcyjnym.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przerwę panu. Czy państwo zgadzają się, aby poprawki legislacyjno-redakcyjne, zgłaszane przez Biuro Legislacyjne, traktować a priori w całości i wprowadzać do ustawy? Czy pan poseł jest przeciw?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Ja chciałem powiedzieć, że przejąłem te poprawki i je podpisałem, żeby od strony formalnej było wszystko w porządku.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę Biuro Legislacyjne o zwrócenie uwagi, kiedy poprawka ma inny charakter niż redakcyjny. Dobrze?

Legislator Robert Durlik:

Dobrze. Dlatego właśnie sygnalizuję naszą poprawkę nr 1 do zmiany pierwszej. Wprawdzie ona ma charakter legislacyjny, ale mimo wszystko chciałbym przedstawić jej znaczenie, ponieważ państwo wnioskodawcy, konstruując definicję kompleksowej opieki z pkt 7a, posłużyli się taką techniką, że jedno sformułowanie określa dwa różne terminy. Natomiast, zasada jest taka…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Niech pan poczeka chwileczkę. Proszę o ciszę na sali. Głosujemy nad ważną ustawą. Bardzo proszę.

Legislator Robert Durlik:

Zasada jest taka, że jeżeli mamy dwa różne terminy, to one powinny mieć dwa różne znaczenia. Jeżeli więc mamy jedno znaczenie, to do niego odnosi się ten termin. W związku z tym proponujemy zostawienie w ustawie już istniejącego terminu „kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej", co wymaga dostosowań przepisów, które są wymienione w treści propozycji. Natomiast poprawka do lit. b) ma charakter redakcyjny. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania nad zmianą pierwszą, wraz z poprawkami Biura Legislacyjnego.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 16 posłów za, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Zmiana pierwsza w art. 1 przyjęta.

Art. 1, zmiana druga. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Według przedłożenia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie, nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 16 posłów za, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Zmiana została przyjęta.

Art. 1, zmiana trzecia. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Panie przewodniczący, miana trzecia składa się z trzech art. 95l, 95m i 95n. Ponieważ to jest jakby clou projektu, proponujemy do nich poprawki nr 3, 4, 5 i 6.

Chciałbym krótko zaznaczyć, odnośnie do poprawki nr 3, że ponieważ państwo tworzą definicję „profilu" na potrzeby ustawy, a to jest pojęcie, które może mylić się z profilem, o którym jest mowa w rozporządzeniu, proponujemy, żeby ten termin nazywał się „profilem systemu zabezpieczenia". Zmiany do art. 95m mają charakter redakcyjny, do 95m ust. 10 pkt 2 również…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Muszę pana przeprosić, panie mecenasie. Szanowni państwo, czy potrzebują państwo przerwy. Nie. To siedzimy cicho, głosujemy i słuchamy uwag Biura Legislacyjnego. Bardzo proszę.

Legislator Robert Durlik:

Natomiast kolejne zmiany, do poprawki nr 6 włącznie, czyli do art. 95n, mają charakter redakcyjny. Przy czym wykazaliśmy również konsekwencje odnośnie do innych artykułów, ponieważ chodziło o spójność brzmienia. Jeżeli więc tu zmieniamy, to i w art. 2 lub następnych, żeby było takie samo brzmienie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Czy są jakieś uwagi do uwag Biura Legislacyjnego? Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Oczywiście, że z uwagami.

Za 16 posłów, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Zmiana została przyjęta.

Art. 1, zmiana czwarta. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Nie mamy uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 15 posłów za, 7 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Zmiana została przyjęta.

Zmiana nr 5. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 15 posłów za, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Zmiana została przyjęta.

Zmiana nr 6. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Mamy uwagę. Pierwsza nasza uwaga, to poprawka nr 7 do art. 130c ust. 4. Zwróciliśmy uwagę na to, że tam państwo wnioskodawcy napisali o uzasadnionej przerwie, o której mowa w rozporządzeniu, natomiast w rozporządzeniu jest mowa wyłącznie o przerwie. W związku z tym, proponujemy skreślić wyraz „uzasadnioną". Natomiast, przypominamy też, że do tej zmiany pan poseł Dziuba zgłaszał poprawkę polegającą na dodaniu pkt 3 w ust. 3.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Najpierw przegłosujemy poprawkę posła Dziuby, potem całą zmianę z poprawką, jeżeli ona przejdzie. Czy tak?

Legislator Robert Durlik:

Tak. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do głosowania nad poprawką pana posła Dziuby. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Nie mam uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro Legislacyjne.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 16 posłów za, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Poprawka została przyjęta.

Głosujemy nad zmianą szóstą wraz z poprawką pana posła Dziuby. Kto jest za..? Biura Legislacyjnego, oczywiście.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 14 posłów za, 6 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Zmiana została przyjęta z poprawkami.

Zmiana nr 7. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 15 posłów za, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Zmiana została przyjęta.

Zmiana nr 8. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Nie mamy uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 16 posłów, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Zmiana została przyjęta.

Całość art. 1. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 15 posłów, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Art. 1 został przyjęty.

Przystępujemy do rozpatrzenia art. 2 w całości. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

W poprawce ósmej, w ust. 4, w pkt 2 proponujemy zmianę szyku, żeby była spójność treści z art. 95m.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przyjmujemy państwa uwagę. Panie i panowie posłowie, przystępujemy do głosowania nad całością art. 2 z uwagami Biura Legislacyjnego.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 15 posłów za, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Artykuł zostały przyjęty.

Art. nr 3. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki. 13 posłów za, 7 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Artykuł został przyjęty.

Art. nr 4. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Tu mamy poprawkę nr 9. To jest poprawka redakcyjna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Art. 4 z poprawką redakcyjną Biura Legislacyjnego. Panie i panowie posłowie, nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

15 posłów za, 7 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Artykuł został przyjęty.

Art. 5. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Przypominamy, że tutaj złożył poprawkę pan poseł Dziuba.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do pracy nad poprawką posła Dziuby. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Nie mam uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za poprawką pana posła Dziuby? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki głosowania. 14 posłów za, 8 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Poprawka została przyjęta.

Przystępujemy do głosowania nad art. 5 wraz z poprawką posła Dziuby.

Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

15 posłów za, 7 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Artykuł został przyjęty.

Art. 6. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Tutaj ostatnia poprawka posła Dziuby.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Poprawka posła Dziuby. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Nie mam uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

A poseł Dziuba? Jest, OK, tylko sprawdzam. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki. 15 posłów, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Poprawka została przyjęta.

Art. 6 wraz z poprawką posła Dziuby. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Wyniki. 15 posłów, 7 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 7. Rząd.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zgodnie z przedłożeniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, wprawdzie nie mamy tu formalnej poprawki, natomiast chcielibyśmy zwrócić uwagę na to, że zaproponowane vacatio legis – to wynika też z opinii Biura Analiz Sejmowych – jest bardzo krótkie. Generalnie, standardowe vacatio legis wynikające z ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych powinno wynosić co najmniej 14 dni. Wnioskodawcy zaproponowali 7 dni. To wymaga uzasadnienia, ponieważ jest ono krótsze niż standardowe.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jak nie ma uzasadnienia, to mamy kłopot. Bardzo proszę.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, uzasadnienie jest w uzasadnieniu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To proszę uzasadnić. Rozumiem, że Biuro Legislacyjnego tego nie doczytało.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Chyba tak.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy podtrzymuje pan, że nie ma uzasadnienia?

Legislator Robert Durlik:

Znamy uzasadnienie, natomiast ono mówi, że to wynika z kalendarza przeprowadzanych czynności. Natomiast kalendarz…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To żadne uzasadnienie…

Legislator Robert Durlik:

…jest bardzo napięty. W tej chwili czynności są tak zaplanowane po zmianach w autopoprawkach na posiedzeniu Rady Ministrów, że sieć zacznie funkcjonować od 1 października, natomiast czynności są podejmowane do dni czerwcowych. Wydaje się więc, że tydzień dla zapewnienia zgodności tego przepisu z art. 2 konstytucji i ustawą o ogłaszaniu aktów normatywnych – w naszej ocenie – nie jest dużym opóźnieniem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, to uzasadnienie jest tutaj wpisane. W zasadzie ja nie mam tytułu do tego, żeby coś dodawać, ale, jeżeli już taka dyskusja ze strony Biura się pojawia, to powiem tak. Padały tutaj głosy, żeby szybciej, padały takie, że za szybko, ale generalnie wydaje się, że istnieje potrzeba, aby wszyscy, którzy będą wprowadzać w życie tę ustawę, mogli się do tego przygotować jak najlepiej. W tej sytuacji, jeżeli ustawa zostanie przyjęta, to lepiej, żeby weszła szybciej, a nie później.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Rozwiążę ten problem w sposób następujący. Czy ktoś przejmuje poprawkę Biura Legislacyjnego? Nie widzę zgłoszeń. Głosujemy nad art. 7. Jeszcze pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze jedna uwaga. Chciałbym zaproponować – jeżeli po zakończeniu tego procedowania okaże się, że Biuro Legislacyjne wyłapie jeszcze jakieś uwagi redakcyjne – żebyśmy, zgodnie ze zwyczajem, upoważnili Biuro Legislacyjne do wykonania korekt.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Upoważniamy. Art. 7. Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 15 posłów za, 9 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Głosujemy nad całością ustawy. Rząd? Czy są jeszcze jakieś uwagi?

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Nie mam uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Biuro.

Legislator Robert Durlik:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie, nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem całego projektu ustawy? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. 15 posłów, 8 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Ustawa została przyjęta.

Musimy jeszcze wybrać… Drodzy państwo, jeszcze nie kończymy posiedzenia Komisji. Jeszcze chwila. Kto się odważy być sprawozdawcą tej ustawy? Pan poseł Latos. Czy jest głos sprzeciwu? Nie ma. Pan poseł Latos zostaje sprawozdawcą.

Kończąc, chciałbym powiedzieć jeszcze jedno zdanie do pana ministra. Przemyślałem sobie kilka słów naszej dysputy i chcę powiedzieć, że bardzo poważnie rozważyłbym – oczywiście, na pana miejscu – jakość współpracy z gabinetem politycznym. „Zbriefowali" pana, w którym roku się urodziłem, „zbriefowali" pana, że byłem w SLD, w którym nie byłem, a nie zbriefowali" pana, że dzisiaj pan poseł Latos ma urodziny. Niniejszym, składając mu najlepsze życzenia, zamykam posiedzenie Komisji.